

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N^É 1924

THÈSE

N^o —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

~~Gauguin~~ VILLEY-DESMÈSERETS

Né à Caen, le 27 juillet 1893

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Asiles de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DOCTRINES EN MÉDECINE MENTALE

Essai sur les courants actuels d'idées en psycho-pathologie

Freud, Bleuler, Janet

Président : M. CLAUDE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1924

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEJSSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSON.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA August.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BRAMI.....	Pathologie médicale
GLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
UBERTIN....	Pathologie médicale.
ASSET.....	Pathologie chirurgicale.
AUDOUIN....	Pathologie médicale.
NET.....	Physiologie.
LANCHETIÈRE	Chimie biologique.
RANCA.....	Histologie.
RULÉ.....	Pathologie médicale.
USQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
ADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
HAMPY.....	Histologie.
HIRAY.....	Pathologie médicale.
LERC.....	Pathologie médicale.
EBRÉ.....	Hygiène.
de JONG....	Anatomie pathologique.
UVOIR.....	Médecine légale.
CALLE.....	Obstétrique.
ESSINGER...	Pathologie médicale.
DIX.....	Pathologie médicale.
ARNIER.....	Pathologie expérimentale.
ARVIER.....	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER..	Urologie.
VELACQUE..	Anatomie.
YEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT...	Bactériologie.
RIBIERRE....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

MUS.....	Physiologie.
UGEROT.....	Pathologie médicale.
ENIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	MM.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.	CEMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.	PECUST Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.	RATHERY..... Clinique médicale.
LEREBOULLET. Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LÉRI Clinique médicale.	TERRIEN..... Clinique ophtalmologique.
LEPER Clinique médicale.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique de l'adulte pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FRÉY.....	
N.	
LEDOUX-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE ODILE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

M. LE DOCTEUR GUILLET (*in memoriam*).

M. LE DOCTEUR LÉGER.

M. LE DOCTEUR GUIBÉ, Chirurgien des Hôpitaux de
Paris. Directeur de l'École de Médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE.

M. LE PROFESSEUR BAR.

EXTERNAT DES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR CHASLIN (Salpêtrière, 1920-1921)
(*in memoriam*).

M. LE DOCTEUR THIROLOIX (Pitié, 1921-1922).

M. LE DOCTEUR BABINSKI (Pitié, 1922-1923).

INTERNAT DES ASILES

M. LE DOCTEUR G.-G. DE CLÉRAMBAULT (Infirmerie
spéciale près la Préfecture de Police, 1923-1924).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. JANET
Membre de l'Institut
Professeur de Psychologie au Collège de France

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DUMAS
Professeur à la Sorbonne

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-B. BUVAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR HEUYER
Médecin des Hôpitaux
et de l'Infirmerie spéciale près la Préfecture de Police

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOGRE
Médecin de l'Infirmerie spéciale
près la Préfecture de Police

A MONSIEUR LE DOCTEUR VURPAS
Médecin de la Salpêtrière

*Qui nous ont fait l'honneur de
nous accorder leurs précieux
conseils.*

*Hommage très respectueux et
reconnaissant.*

A NOTRE AMI LE DOCTEUR R. BLOCH

*Qui a bien voulu nous appor-
ter l'appui de sa connaissance
de la langue allemande.*

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
DOCTRINES EN MÉDECINE MENTALE

INTRODUCTION

I. — CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES

Clinique et pathologie mentale. — Doctrines pathologiques

Actuellement, l'étude des maladies mentales se présente avant tout sous l'aspect clinique. C'est en prescrivant les règles de l'observation clinique que Pinel ouvre la période contemporaine. Il propose, en effet, comme objectif de toute recherche psychiatrique, de « s'en tenir strictement à observer les faits et de s'élever à une histoire générale et bien caractérisée de l'aliénation mentale, ce qui ne peut résulter que du rapprochement d'un grand nombre d'observations particulières ». Ayant ainsi défini la clinique il en précise les limites en annonçant que dans son *Traité sur l'aliénation mentale* « ce n'est point une satire qu' (il) entreprend, c'est l'histoire d'une maladie réelle qu'il se propose de décrire : tout ce qu'on entend donc dans la société par délire,

extravagance, égarement, folie doit (lui) être étranger ainsi que toute discussion métaphysique, toute hypothèse sur la nature des fonctions intellectuelles ou affectives, sur leur génération, leur ordre, leur enchainement réciproque, leur succession » (1).

Quant au but précis de la clinique c'est de « rassembler un grand nombre de faits observés et les distribuer en plusieurs faisceaux suivant leurs points multiples de conformité et des analogies frappantes » (2). Autrement dit de dégager une succession de types cliniques. En somme, faire de la clinique mentale c'est appliquer à cette partie des sciences médicales « la méthode analytique et faire de nouveaux progrès à son histoire générale » (3).

Pinel oppose l'esprit clinique à l'esprit de synthèse vis-à-vis duquel il manifeste une cinglante ironie lorsqu'il dit : « Les sectateurs ardents des théories subtiles de Darwin (4) et de Brown ou d'autres auteurs plus récents trouveront sans doute que j'ai fait une omission grave et que j'aurais dû m'engager dans leurs hautes spéculations. Je n'ai qu'une réponse à ces reproches : « C'est que je ne pourrais guère citer ces doctrines que comme des exemples d'égarement de la raison et de délire et pour conserver la paix j'ai pris le parti sage de les passer sous silence » (5).

1. 2. 3. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2^e édition.

4. Erasme Darwin, *Médecin et poète anglais* (1731-1802).

5. Pinel., T. M. P. S. A. M., 2^e édition.

Pinel avait tracé la route et c'est à l'esprit clinique de ses élèves et de ses successeurs que nous sommes principalement redevables des progrès de la médecine mentale contemporaine.

Dans ces dernières années M. Chaslin, fidèle à la tradition clinique, s'émeut devant le succès des nouvelles doctrines dont il juge qu' « elles ont versé dans la métaphysique et ont besoin d'être refaites » qu' « elles empêchent de voir les faits » et il dirige son attention vers la clinique, car « les théories mal assises passent, la clinique demeure » (1).

L'esprit clinique fait de finesse d'observation et d'efforts pour se dégager des théories *à priori* nous a permis de bien connaître certains facteurs étiologiques tels que l'hérédité, l'intoxication, l'infection et de mettre en relief un certain nombre de types cliniques et de syndromes actuellement admis de tous, tels que manie, mélancolie. Dans le domaine pratique elle rend possible un empirisme basé sur la connaissance des syndromes et par suite un pronostic et la conduite à tenir en présence des troubles mentaux.

Mais « l'observation pure ne saurait être le dernier recours de la médecine mentale ; ce n'en est que le premier ». En face de la clinique se place la synthèse pathologique dont l'objectif est de remonter jusqu'à la cause précise des troubles mentaux.

1. Chaslin, *Éléments de séméiologie et de clinique mentale*, 1912.

Considérer la psychiatrie comme seulement un art basé sur l'observation serait faire abstraction de tout l'édifice scientifique et passer sous silence le nom des aliénistes qui l'ont enrichi de leurs travaux.

Non seulement des notions sont acquises, mais des conceptions pathologiques ont été élaborées. C'est ainsi que la paralysie générale, un certain nombre de psychopathies toxiques, les maladies organiques avec troubles mentaux associés constituent autant d'entités pathologiques qui font l'objet d'études particulièrement précises et ouvrent la voie à l'interprétation biologique des psychoses de cause inconnue.

Les auteurs ne se sont d'ailleurs pas trouvés satisfaits par ces premiers résultats : ils ont fait des hypothèses, édifié des théories.

Parmi celles-ci les unes sont à peu près abandonnées, les autres sont encore critiquées et sujettes de la part même de leurs créateurs à des remaniements successifs. Toutes survivent grâce à la terminologie qu'elles ont introduites dans la littérature psychiatrique. Il rentre donc dans le cadre de cette étude de les passer rapidement en revue et de rechercher les rapports qui existent entre ces théories et les théories d'actualité que nous aurons à présenter ultérieurement.

La doctrine de *l'hystérie* sous l'impulsion de Charcot a constitué un des événements importants de l'époque contemporaine. Pour Charcot, l'hystérie est une « affection caractérisée par des symptômes

nerveux authentiques, sans substratum lésionnel ». Essentiellement de nature neurologique, elle comporte deux ordres de symptômes la crise d'hystérie et « des stigmates physiques, permanents et inconscients, qu'une étude attentive permet de déceler (1) ».

Mais Babinski, élève de Charcot, s'apercevra bientôt que les soi-disant stigmates étaient artificiellement et inconsciemment créés par l'observateur et va apporter une définition nouvelle.

« L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

Ce qui caractérise les troubles primitifs c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse et de les faire disparaître sous l'influence de la persuasion.

Ce qui caractérise les troubles secondaires c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Les troubles primitifs sont dits troubles pithiatiques.

La notion du pithiatisme, espèce clinique (de Babinski) remplace¹ (sans se substituer exactement à elle) à celle de l'hystérie-maladie (de Charcot) dans

1. Logre, *Etat mental des hystériques* in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*.

la pathologie. Du même coup sur le terrain pratique on vit les cas se faire beaucoup plus rares et les manifestations plus discrètes.

Entre temps, Charcot et ses élèves, en particulier Sollier, l'école de Nancy avec Bernheim avaient interprété des faits, apporté des conceptions psychologiques qui appartiennent au cadre de l'hystérie et à l'hypnose. Freud fréquentait cette école et le Freudisme est né sur le terrain de l'hystérie. En particulier, Freud commence par admettre la notion du trauma affectif et cherche à le dépister au moyen de l'hypnose (Sollier, comme élève de Charcot, s'adonnait aux mêmes recherches). De plus, la pathologie née de ces doctrines accepte l'hystérie comme une vérité clinique et cherche à en donner une interprétation. Ainsi donc Freud apparaît comme un descendant de l'école de Charcot (1).

La *neurasthénie* est une entité qui, après une ère de gloire, a perdu de nombreux suffrages. Sous l'influence des idées de Kraëpelin, de nombreux psychiatres tendent à confondre les symptômes neurasthéniques avec les symptômes de la mélancolie et à les considérer comme fonction de *cyclothymie*, forme clinique appartenant au grand cadre de la psychose maniaque dépressive. Cependant Pierre Janet va conserver la tradition et décrit la neurasthénie et la psychasthénie que nous étudierons au titre des théories actuelles.

1. Il résulte de ces faits que au point de vue de la théorie actuelle du pithiatisme de Babinski la critique du Freudisme est à faire.

Parmi les théories qui eurent le plus d'ampleur et la plus belle fortune à la fin du siècle dernier, il faut encore citer celle de la dégénérescence. Née avec Morel elle est reprise par Magnan et Legrain qui en donnent la définition suivante.

« La dégénérescence est l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psychophysique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie. Cet amoindrissement qui se traduit par des stigmates permanents est essentiellement progressif, sauf régénération intercurrente ; quand celle-ci fait défaut il aboutit plus ou moins rapidement à l'anéantissement de l'espèce » (1).

Cette théorie perdit rapidement l'importance qu'on avait d'abord bien voulu lui accorder et M. Séglas, en 1895, pouvait dire : « peu à peu le mot « dégénéré » devient un simple synonyme d'aliéné et la dégénérescence mentale n'est plus guère qu'un *caput moruum* dans lequel s'entassent pêle-mêle les cas les plus divers de vésanie (2).

Malgré cela la théorie était basée sur une série de faits cliniques qui conservent toute leur valeur et les notions d'hérédité, de terrain bio-psychologique vont de nouveau être mises en relief et synthétisées (en particulier avec Dupré puis Delmas) par une

1. 2. Barbé. *Dégénérescence* in *Traité de pathologie médicale*, 1921.

théorie plus jeune et plus compréhensive : celle des constitutions mentales.

L'école française créait l'hystérie, la dégénérescence ; l'école allemande tendait avec Kraepelin à isoler deux autres entités pathologiques : la démence précoce et la psychose maniaque dépressive.

La *démence précoce* de Kraepelin est une affection qui groupe une série de types cliniques préexistants : l'hébéphrénie, la catatonie et la paranoïa ou « délires hallucinatoires à évolution démentielle » (1).

M. Deny trouve que la parenté entre ces diverses formes découle des faits suivants :

1° Cliniquement « (elles) existent rarement à l'état de pureté, aucune barrière infranchissable ne les sépare, elles empiètent volontiers l'une sur l'autre et s'associent même souvent entre (elles) » (1) ;

2° Au point de vue évolutif « la phase de début comme à la période terminale de leur affection hébéphréniques, catatoniques, paranoïdes ou déments simples, se ressemblent et se confondent » (2) ;

3° On retrouve à leurs bases les mêmes facteurs et « au point de vue anatomo-clinique les 4 formes démentielles précoces paraissent toutes indistinctement sous la dépendance des mêmes lésions » (3).

Cette théorie est encore bien loin d'avoir rassemblé tous les suffrages. C'est ainsi que M. Chaslin éliminant du cadre de la démence précoce les délires systématisés chroniques n'envisage qu'une espèce

1. 2. 3. Deny, *Démence précoce* in *Traité de pathologie*, 1921, p. 173.

clinique *les folies discordantes*, qu'une juxtaposition de types qui ont un symptôme commun la discordance et dont il ne peut dire s'ils « sont réellement des formes d'une même affection ou des affections différentes » (1).

Quoi qu'il en soit « l'accord est encore loin d'être fait sur la véritable situation nosologique de cette affection » (2). Aussi bien avec Bleuler a pu naître sur ce terrain de la démence précoce une nouvelle entité pathologique qui constitue un groupement nosographique spécial et d'ailleurs mal délimité et que nous aurons à étudier ultérieurement sous le nom de Schizophrénie.

En opposition à la démence précoce, affection évoluant progressivement vers la démence, Kraepelin partant des données cliniques sur la manie et la mélancolie créé un autre gros cadre : la psychose maniaque-dépressive. Il y fait rentrer toute une série d'états antérieurement étiquetés : mélancolie, manie, hystérie, neurasthénie... et qui comportent *des phases successives d'excitation et de dépression psychique* et qui par conséquent réalisent un état morbide à *caractère nettement intermittent*.

1. M. Chaslin, *Éléments de séméiologie et clinique mentale*, 1912, p. 773.

La folie discordante est une conception essentiellement clinique et nous croyons que c'est à tort que M. Deny, dans son article sur la *Démence précoce* (*Traité de pathologie*, p. 171) considère la folie discordante de M. Chaslin comme un équivalent de la démence précoce de Kraepelin.

2. Deny (D. P.), *Traité de Pathologie*, p. 122.

Ici encore on peut schématiser l'état du problème de la psychose maniaque-dépressive en disant que cette entité est loin d'être admise par tous comme justifiée et qu'à tout le moins ses limites ne sont pas précises et varient suivant les auteurs.

Pour nous résumer, si nous parcourons un des traités actuels de pathologie mentale (nous avons en vue en particulier les deux tomes : *Psychiatrie du Traité de Pathologie mentale et de Thérapeutique appliquée*), nous le voyons constitué par la description successive de types cliniques et aussi d'entités correspondant à des théories ou désuètes ou bien actuelles mais critiquées et encore imprécises. Nous devons donc interpréter ces ouvrages non pas comme l'expression exacte d'une vérité psychiatrique idéale mais comme répondant au double but de satisfaire au caractère synthétique de tout travail didactique, et de nous présenter la psychiatrie comme elle est : une science en évolution qui doit être étudiée non du point de vue statique mais historique.

Le travail actuel a pour objectif de donner une idée des tentatives doctrinales les plus récentes. Nous y étudierons successivement quelques théories actuelles après avoir cherché à donner une idée générale de ce qu'est la synthèse en psychiatrie.

II. — LA SYNTHÈSE EN PSYCHIATRIE

Les différentes catégories de synthèse

Les théories actuelles

L'aspect critique de la question

Nous avons vu que la *clinique* vise à élaborer des *types cliniques* dont l'ensemble réalise une systématique des troubles morbides qui servira de base à la synthèse pathologique.

On peut s'efforcer de grouper les symptômes de façon à édifier des *entités cliniques* ou des groupes d'entités (démence précoce de Kraepelin, dégénérescence de Magnan par exemple). Tel est le but des *théories pathologiques*.

Les entités cliniques en psychiatrie sont des faits psychologiques, considérés eux-mêmes comme expression de phénomènes biologiques ; d'où deux nouvelles catégories de théories : *les théories psychologiques* et *les théories biologiques*.

Nous pouvons d'autre part grouper les théories suivant les différents buts qu'elles se proposent.

Les problèmes, en effet, que pose la pathologie sont de divers ordres ; si bien que l'on a l'habitude de scinder l'étude de la pathologie en chapitres et d'étudier successivement l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique, la séméiologie, etc., des troubles morbides.

Chacune de ces voies s'offre au chercheur d'une

façon indépendante et est susceptible isolément d'aboutir à une explication des faits pathologiques, voire même à une thérapeutique, si bien que l'on peut définir des théories : anatomiques, pathogéniques, étiologiques.

Ces explications parcellaires et multiples vont tendre à converger vers la création de l'entité pathologique : la *maladie* et de la pathologie faite de la juxtaposition de ces entités.

En somme, nous pouvons *à priori* concevoir l'existence de théories multiples que l'on peut sérier suivant les divers chapitres de la pathologie générale et qui, tendant à converger, vont sans cesse s'affronter pour s'opposer ou se pénétrer.

Il faut d'ailleurs bien dire que l'auteur interprète les faits sans se soucier de rester dans le cadre exact d'un des chapitres de la pathologie et qu'il va au delà de son objectif primitif. Celui-ci peut cependant servir à définir la catégorie à laquelle appartient la théorie considérée.

Partant de ces bases il nous est possible de classer les théories nouvelles et de les résumer en un tableau.

I. — Théories psycho-pathologiques :

- 1^o Freud et la pathologie mentale.
- 2^o Psychasthénie et théorie de P. Janet.
- 3^o Bleuler et la Schizophrénie.
- 4^o Blondel et la conscience morbide.
- 5^o Toulouse et l'auto-conduction.

6° Deschamps (fonction énergétique et fonction psychique).

II. — Théories biologiques :

1° Théories physio-pathologiques.

a) Théorie vago-sympathique.

b) Rôle des glandes endocrines dans les troubles mentaux.

2° Théories anatomo-pathologiques et les travaux de Von Monakow.

3° Théories étiologiques.

a) Infectieuses : encéphalite léthargique ; syphilis.

III. — Théories psycho-biologiques.

Théorie étiologique : les constitutions morbides considérées comme facteur étiologique des maladies mentales (1) (Dupré, A. Delmas).

En face de ces multiples théories quelle peut être notre attitude ? M. Renon dans sa leçon inaugurale nous apporte la leçon du passé : « On a vu (dit-il), la médecine pénétrer en avant loin de la sauvegarde des faits, et laisser la logique et l'imagination créer des systèmes, presque toujours contraires à la vérité. « La logique parfois engendre des monstres » a dit excellemment M. Poincaré. La médecine française a connu, au cours des siècles, les théories et les sys-

1. Delmas et Boll, *la Personnalité humaine, son analyse*. Flammarion, 1922.

tèmes ; mais c'est là un de ses mérites, elle a fait tous ses efforts pour s'en dégager en mettant les faits en pleine valeur », c'est qu'en effet l'esprit critique est à la base de la médecine française, elle regarde de très près les nouveautés avant de les accepter et elle les passe au crible de son clair jugement » et il ajoute, d'autre part, que « critique, notre médecine n'est pas *sceptique*. Elle renie ceux qui ne croient à rien, raillent le travail d'autrui et sont incapables du plus petit effort ».

Il serait difficile de mieux codifier l'attitude qui doit être la nôtre en abordant les nouvelles théories psychiatriques. Si nous ne pouvons pas nous départir de la crainte de rencontrer parmi elles des systèmes » nous espérons en l'existence de synthèses où l'auteur aura su mettre à la fois ses qualités d'imagination, de logique et d'observation. Les systèmes eux-mêmes ne sauraient rester lettre morte et on peut dire d'eux en général ce que Barbé disait de la dégénérescence en particulier : « il leur reste toujours le mérite de susciter des discussions, des recherches et des travaux ».

III. — DOMAINE DE CETTE ÉTUDE

Notre but primitif, sous l'instigation de notre maître Chaslin, était de faire une revue générale de toutes ces nouvelles théories psychologiques et biologiques et d'établir une sorte de bilan des acquisi-

tions récentes en pathologie mentale. La mort nous a privé de la précieuse direction de notre maître. Cette douloureuse circonstance en même temps qu'elle justifie un peu les imperfections de notre travail fût une des causes de sa limitation.

Pour restreindre notre sujet nous avons dirigé notre attention sur les seules théories psychologiques et encore nous sommes loin d'avoir satisfait complètement à cette partie de notre programme.

Notre documentation reste certainement très incomplète et notre bibliographie énumérera les livres et travaux dont notre travail veut être le reflet.

Un reproche plus grave pourrait nous être adressé et nous tenons à nous justifier dans la mesure du possible. Peut-être n'avons-nous pas présenté une silhouette exacte des théories que nous avons passées en revue, peut-être n'avons-nous pas respecté les proportions relatives de leurs éléments constitutants. Je répondrai : chaque théorie particulière se développe suivant le plan qui convient à son parfait épanouissement ; mais la pathologie préexiste aux théories pathologiques, leur propose des cadres rigides, constitue comme un questionnaire que chaque théorie doit être en mesure de remplir. Le praticien ne se demande pas ce qu'est la théorie de Freud de Janet ou Bleuler, mais sait bien plutôt ce que devient l'étiologie, la pathogénie, la classification des maladies avec chacune de ces théories. C'est le problème pris sous cet angle que nous nous sommes efforcés de résoudre.

Nous ne pouvions songer à prendre en considération la valeur intrinsèque des théories qui s'offraient à notre étude. Nous les avons successivement étudiées *d'une façon toute objective*, comme éléments (peut-être de valeurs inégales) du courant *psychologique* qui vient forcer l'attention du médecin et éveille en lui des réflexions d'ordre général.

PREMIÈRE PARTIE

FREUDISME ET PATHOLOGIE MENTALE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les rêves, les délires, « les actes manqués » en un mot toute une série de faits psychologiques dont le caractère commun est d'évoquer en nous l'idée d'incohérence conduisent Freud à l'édification d'un système qui permet leur interprétation psychologique (l'inconscient de Freud). La psycho-analyse est la science qui étudie cet inconscient et l'utilise en particulier pour l'interprétation et le traitement des troubles mentaux.

Ce système et cette science sont connus sous le nom de Freudisme, véritable religion qui comporte un dogme, des adeptes, des sectes dissidentes et des admirateurs chez qui la foi ne va pas sans mysticisme. L'ampleur de cette théorie, le vaste courant d'opinion qu'elle a fait naître dans le monde entier, l'ignorance relative où elle est tenue en France nous

conduisent tout naturellement à lui donner la première place dans cet exposé.

Nous étudierons successivement la théorie du Freudisme, la psycho-analyse, la théorie psycho-analytique des troubles mentaux.

CHAPITRE II

THÉORIE DU FREUDISME :

Inconscient, psychodynamisme, pansexualisme

Pour édifier sa théorie, Freud part d'une notion antérieure à lui, celle de l'inconscient psychique.

Goblot dans son dictionnaire psychologique définit l'inconscient en disant que « c'est l'ensemble des faits psychologiques dont le sujet n'a pas conscience ». D'après les psychologues « cet inconscient » sert non seulement, pour ainsi dire, comme magasin des souvenirs, mais a un rôle actif, dynamique dans l'élaboration de ce qui peut devenir conscient. Ainsi un enfant apprend sa leçon le soir ; il la sait mal ; il ne s'en occupe plus ; il dort et le lendemain matin il la sait parfaitement. On attribue ce phénomène au travail de l'inconscient » (1). Bergson a « insisté beaucoup sur la persistance de tous nos souvenirs emmagasinés dans l'inconscient. Ces souvenirs se pressent à la porte de la conscience et ne sont utilisés qu'en partie au fur et à mesure des besoins du travail conscient (2).

1. Dr Chaslin, *Revue de France*, 1922, n° 24.

2. Dr Chaslin, *idem*.

Cet inconscient de Bergson Freud le précise, le meuble pour l'adapter aux faits psychologiques qu'il veut expliquer et l'amplifie jusqu'à en faire « le promoteur primordial et constant des actions et pensées humaines » (1).

Dans le domaine psychologique ainsi agrandi par l'annexion de l'inconscient Freud conçoit d'abord un mécanisme psychique nouveau. « Il représente la vie psychique objectivement conçue à la manière des faits scientifiques, comme un système sans cesse en évolution de forces élémentaires antagonistes, composantes ou résultantes » (2) comme disent MM. Régis et Hesnard et c'est à cette conception dynamique de l'esprit que ces auteurs ont appliqué le terme de « psycho-dynamisme ».

Le premier rôle y est joué par un élément situé dans l'inconscient. Cet élément est représenté par les complexes qui peuvent être définis de la façon suivante: « ils sont plus ou moins actifs et possèdent une énergie soit potentielle, soit kinétique. Chaque complexe se compose : 1° d'éléments représentatifs ou intellectuels, traces de l'expérience sensorielle; 2° d'éléments moteurs qui représentent les tendances à l'acte; 3° d'éléments affectifs qui s'expriment dans la quantité d'énergie affective ou de charge motrice appliquée aux précédents éléments » (3).

Les complexes les plus actifs seront ceux qui sont

1. Dr Chaslin, *idem*.

2. Régis et Hesnard, *La psycho-analyse*, 2^e édition, p. 15.

3. Régis et Hesnard, *La psycho-analyse*, 2^e édition, p. 25.

régis par la tendance affective considérée par Freud comme la plus puissante : l'instinct sexuel.

Ces complexes actifs nés de l'instinct sexuel sont doués d'une grande vitalité (leur origine peut remonter à la première enfance), d'une vive tendance à s'extérioriser sous forme d'actes ; mais alors ils vont être soumis au contrôle d'une instance psychique qui peut soit les arrêter, soit leur faire subir une profonde déformation. Cette instance psychique c'est la *Censure*, force modificatrice acquise sous l'influence de l'éducation et représentative des *tendances du moi* (système antagoniste des forces instinctives et plus précisément instinctives sexuelles de l'individu).

L'action de la censure sur les cas complexes s'appellera suivant les cas, refoulement, conversion, substitution, etc. Sous son influence le complexe au lieu d'engendrer une idée, s'exprime sous forme d'actes et de paroles qui sont l'expression symbolique de l'idée qui serait née sans la censure. Ces actes et paroles ne sont autre chose que les rêves, les délires..., tous ces actes dits incohérents qui sont l'objet de la psycho-analyse.

Nous voyons donc qu'il existe un lien étroit entre les faits psychologiques étudiés par la psycho-analyse et l'instinct sexuel ; mais ce terme doit être précisé.

Pour Freud, l'instinct sexuel ou *Libido* « comprend une énorme quantité de concepts et atteint presque jusqu'au sens d'instincts en général ». sa notion de

la libido, basée sur l'observation des enfants et les résultats de la psycho-analyse, peut être résumée comme il suit :

La libido apparaît à la naissance. « Primitivement dès la naissance, elle est diffusée dans des organes autres que ceux où elle se concentrera plus tard et répandue sur des objets bien différents de ceux qui seront considérés ensuite comme buts légitimes de l'amour » (2).

Chez le nourrisson, « l'instinct sexuel tend à se satisfaire en lui-même et d'une manière diffuse (*autoérotisme* de H. Ellis) (3) et se manifesterait par divers actes tels que tétement, chatouillement de certaines régions sensibles...

La recherche de ces satisfactions disparaît par l'éducation entre 6 et 8 ans (*période de latence*) et il se produit de plus à leur sujet une amnésie active, fruit de la censure.

A la période prépubère l'enfant serait un *pervers polymorphe* à la merci d'un choc occasionnel et d'une hérédité prédisposante (tendances homosexuelles, incestueuses, sadiques).

La puberté est le moment décisif, elle doit exercer la recherche du vrai but sexuel ; quoique le milieu soit susceptible d'apporter une déviation.

La libido canalisée vers son but, localisée aux zones érogènes normales continue à agir chez

1. Régis Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 31.

2. Dr Chaslin, *Revue de France*, 1922, n° 24.

3. R. et H. *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 36.

l'adulte. C'est qu'en effet chez lui les émotions sexuelles vont être pour une part « transformées et utilisées pour des buts sociaux supérieurs » (1) et prendre « une part qui est loin d'être négligeable aux créations de l'esprit humain dans le domaine de la culture, de l'art et de la vie sociale.

Le phénomène s'appelle la *sublimation* de la Libido et est une manifestation de la censure. Les productions artistiques (en particulier) peuvent être considérés comme l'expression symbolique de complexes sexuels sublimés, de même que nous avons vu les délires et les rêves être l'expression symbolique des complexes refoulés.

Malgré la sublimation les instincts sexuels sont mal adaptés et constituent un danger pour la société qui cherche à détourner l'attention de chacun sur ce domaine.

Nous verrons au cours de cette étude que les maladies mentales résultent d'un trouble dans cette psychogenèse sexuelle.

Ainsi donc la Libido serait la source vive de l'activité psychique normale et pathologique. C'est à cette théorie que Freud donne le nom de *pansexualisme*.

En conclusion :

L'inconscient de Freud, nous apparaît comme défini par les deux notions de *psychodynamisme* et de *pansexualisme*.

1 et 2. D^r Chaslin, *Revue de France*, 1922, n° 24.

Un certain nombre d'élèves de Freud, partant de la théorie de leur maître, ont créé des théories dissidentes.

Pour Adler le duel psychologique met en présence la personnalité (non pas seulement la sexualité) et la réalité (surtout sociale). Son dynamisme psychique est actionné par la personnalité poursuivant un but.

Jung, Maeder apportent leurs conceptions sur le psychodynamisme et les complexes; Jellive une théorie de l'instinct sexuel; Rivers dans la psychodynamique de Freud remplace l'instinct sexuel par l'instinct en général.

Freud fait actuellement de l'instinct sexuel sous le nom d'*Eros* le type même de l'instinct vital.

CHAPITRE III

PSYCHO-ANALYSE

Telle est la théorie de Freud, dont l'objectif est la définition de l'inconscient et de ses rapports avec le conscient. Ses bases et ses applications font l'objet d'une science spéciale, la *psycho-analyse* (1) dont Freud a pu dire que son seul but et sa seule contribution consistent à découvrir l'inconscient de la vie psychique.

Les premiers matériaux utilisés par Freud, pour la psycho-analyse furent les rêves, les délires de parole ou d'action (crises d'hystérie, par exemple) et aussi tous ces actes de la vie journalière que l'auteur appelle les *actes manqués* et qu'il définit de la façon suivante.

« Ce sont les phénomènes qui se produisent lorsqu'une personne prononce ou écrit, en s'en apercevant ou non, un mot autre que celui qu'elle veut dire ou tracer (*lapsus*) ; lorsqu'on lit dans un texte imprimé ou manuscrit un mot autre que celui qui

1. Par extension on désigne par le terme de psycho-analyse, l'ensemble science et théorie, il devient alors synonyme de Freudisme.

est réellement imprimé ou écrit (*fausse lecture*). » (1) Freud définit de même toute une série d'autres actes manqués qui sont *la fausse audition, l'oubli d'un nom, la perte, les erreurs*. Accidents qui ont ce caractère commun d'être « insignifiants, d'une courte durée pour la plupart et sans grande importance dans la vie des hommes ».

C'est en parlant en particulier de ces actes manqués qu'il dit : « Il s'agira de savoir si telle manifestation psychique donnée est l'effet direct d'influences somatiques, organiques, corporelles auquel cas elle échappe à la recherche psychologique ou si elle a pour antécédents d'autres processus psychiques au delà desquels commence quelque part la série des influences organiques. »

En somme, il se demande si tous ces actes que l'on considère habituellement comme incohérents ne sont pas susceptibles d'une interprétation psychologique.

En étudiant les faits de la psychologie normale et pathologique on peut noter qu'un grand nombre d'actes et de propos sont l'expression déformée et symbolique d'une idée que l'analyse révèle. Ce phénomène psychologique, d'une observation courante en psychiatrie, c'est le *symbolisme*.

Partant de cette notion il l'étend aux faits qu'il étudie et qu'il considère alors comme l'expression symbolique d'idées.

1. Freud, *Introduction à la psycho-analyse*. Traduction fr., 1922, p. 35.

La psycho-analyse a pour objectif de rechercher l'idée derrière le symbole. D'une façon plus précise, elle établit le rapport d'équivalence entre un système de symbole A qui n'a pas de sens et un second système B qui en a un. Si l'on veut également on peut dire que le psycho-analyste opère un peu à la manière des géomètres auxquels le simple jeu de la substitution des symboles permet de passer d'une donnée appartenant à une géométrie non Euclidienne à une donnée Euclidienne, c'est-à-dire cohérente expérimentalement.

Partant de toute une série de rapports d'équivalence A-B, Freud a induit le mécanisme inconscient qui préside à l'émission de A et a créé ainsi sa théorie de l'inconscient dans laquelle A est l'expression symbolique de B qui définit et caractérise un complexe.

C'est à la lumière de cette théorie que va se préciser la psycho-analyse et sa technique.

Son objectif devient la détermination des complexes qui ont donné naissance aux rêves et aux délires. Or, ces complexes sont ou déformés ou même annulés par la censure. Aussi pour les faire apparaître expérimentalement il faudra nous mettre dans des conditions qui réalisent une *Baisse de la censure*. Pour ce faire, nous nous adressons « aux formes primitives élémentaires de la pensée, à celles qui manifestent, directement et sans intermédiaire, le jeu de nos tendances affectives (1) ». C'est à ce

titre que le psycho-analyste notera les associations d'idées libres ou spontanées et les *fehlleistungen* ou actes manqués dont il a été question plus avant ; l'émotivité qui surgit à l'occasion de leur expression et qui ont la valeur de *symptômes de complexes*.

Tous ces faits expérimentaux viendront s'ajouter aux actes spontanés que constituent rêves et délires. L'ensemble constitue les matériaux bruts de la psycho-analyse.

Le principe général de la méthode consistera alors à dégager les faits et symptômes révélateurs de l'inconscient et, à partir du fait psychique à analyser, à effectuer les opérations inverses de celles réalisées par la censure sur le complexe : nous aurons alors déterminé ce complexe.

Quant à la technique générale elle consiste à « noter les gestes, les actes manqués du sujet au moment où il est fait allusion à un complexe, lui faire raconter ses rêves, suivre ses associations d'idées, apprécier le degré d'émotion qui se traduit au moment de certaines associations » tout cela devant se faire en même temps.

CHAPITRE IV

PSYCHO-ANALYSE ET PSYCHIATRIE

Nous voyons par ce qui précède que la psycho-analyse étudie les faits psychologiques comme expression de l'inconscient ; par conséquent elle constitue « une psychologie originale et autonome aux tendances multiples et très générales qui ne tend à rien moins qu'à se substituer à la psychologie appliquée (1) » et va comporter des applications nombreuses dans les divers domaines de l'art de la littérature, de la philosophie, de la pédagogie, de la sociologie. Nous les laisserons de côté pour n'envisager que ses applications à la médecine mentale.

Psycho-analyse et médecine mentale ont en effet entre elles des rapports, plus particulièrement étroits, qui se dégagent bien de la genèse du Freudisme.

Freud étudia d'abord l'hystérie comme élève de Charcot et Bernheim et s'attacha plus particulièrement aux rapports de causalité qui relient psychonévroses et instinct sexuel.

1. Régis Hesnard, *psycho-analyse*, 2^e édition, p. 167.

La psycho-analyse lui est d'abord suggérée comme une méthode qui viendra en aide à ces études et ce n'est que secondairement qu'elle va prendre tout son développement et réaliser un système psychologique indépendant.

D'autre part, des élèves de Freud, en particulier l'école de Zurich avec Jung, ont consacré leurs efforts à étendre la théorie et la méthode du maître pour en faire l'application non plus seulement aux *névroses* mais encore aux *psychopathies* (paranoïa, démence précoce, psychose-maniaque dépressive).

Ainsi donc, à la lumière de la psycho-analyse, est né un vaste système explicatif des troubles mentaux.

C'est cette pathologie mentale psycho-analytique des troubles mentaux qu'il nous faut maintenant exposer.

Nous l'avons fait sous la forme didactique utilisée habituellement pour l'étude des maladies. Cette forme nous a paru en effet la plus nette, la plus concise; et le médecin y retrouve le cadre qui lui est familier. Si elle est mal appropriée à l'exposé d'une théorie en évolution comme la psycho-analyse, elle reste suffisante pour le but que nous poursuivons qui est de fixer l'état actuel du problème.

CHAPITRE V

PATHOLOGIE GÉNÉRALE PSYCHO-ANALYTIQUE DES TROUBLES MENTAUX

ETIOLOGIE. — Pour Freud c'est la *Constitution sexuelle morbide* qui est la source de toutes les névroses et il définit comme telles l'hystérie, la neurasthénie, l'obsession, les phobies, l'angoisse, les perversions sexuelles.

Puis avec ses élèves et en particulier l'*Ecole de Zurich*, il tend à retrouver cette étiologie à la base de toutes les affections mentales.

La constitution sexuelle morbide peut être envisagée soit comme fait somatique, soit comme fait psychologique si bien que la pathogénie mentale pourrait être étudiée dans deux plans différents. Avec Freud c'est principalement la voie psychologique que nous allons utiliser.

Nous avons vu que normalement « la sexualité née de l'instinct de conservation individuelle à l'origine même de la vie et diffusée à toutes les fonctions de l'organisme, condense peu à peu en une série de convergences progressives ses déterminations ana-

tomiques et fonctionnelles d'abord distinctes et fusionne dans la recherche ultime d'une fin précise localisée sur l'individu du sexe opposé et du milieu extra-familial des tendances parcellaires originales » (1).

On conçoit donc « que chacun des innombrables temps de ce développement peut donner lieu à un arrêt ou à un retard ; qu'il s'agisse d'une difficulté dans le renoncement à telle ou telle habitude génitale, ou dans la rupture de tel ou tel lien affectif aux différents objets de la libido. Chaque racine de l'instinct sexuel, ainsi séparée du bloc harmonieux de ses composants, chaque essai partiel de satisfaction provisoire élevé par le sujet à la hauteur d'une satisfaction définitive, pourra devenir l'origine première d'une maladie » (2).

Ces troubles dans la psychogénèse de l'instinct sexuel réalisent donc pour le sujet une constitution sexuelle morbide.

Ces tendances instinctives anormales vont se faire jour sous forme de *perversions sexuelles*, ou bien, du fait de leur incompatibilité avec la vie sociale, donner naissance à des complexes refoulés, lesquels sont doués d'un pouvoir pathogène.

A côté de la constitution sexuelle morbide, Freud fait une place aux autres facteurs étiologiques.

L'hérédité « ne saurait que mettre en valeur, en

1. Régis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 56.

2. Régis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 57.

soulignant l'idée de prédisposition, le caractère acquis de la tare individuelle ».

Les facteurs étiologiques immédiats, maladies somatiques, émotions, surmenage ne sont que des causes occasionnelles, qui agissent sur le *moi* et lui font perdre l'aptitude à réprimer la *libido*.

Les traumas affectifs médiats auxquels Freud avait voulu rapporter tout d'abord les troubles hystériques ne sont que des manifestations particulièrement bruyantes de la constitution sexuelle morbide.

Quant à l'origine *biologique* des troubles mentaux la théorie psychologique ne saurait la nier; elle la prépare au contraire et Freud dit :

« L'édifice théorique de la psycho-analyse que nous avons créé n'est en réalité qu'une superstructure que nous devons asseoir sur une base organique ». Régis et Hesnard précisent que dans la conception psycho-analytique :

« Les psychonévroses paraissent être des processus généraux de l'organisme bien plus acquis qu'innés, assez comparables à des intoxications déterminées par un trouble des échanges organiques qui président à l'élaboration et à l'utilisation de la *libido* ».

En résumé, et en formule générale, la psycho-analyse tend donc à admettre que les symptômes mentaux peuvent être rapportés à des perturbations de la fonction sexuelle soit somatiques, soit psychologiques (caractérisés par l'existence de complexes pathogènes). Tous ces phénomènes sont l'expression d'une constitution sexuelle morbide de l'indi-

vidu et en dernière analyse tirent leur origine d'un processus biologique qui serait l'*intoxication sexuelle*.

PATHOGÉNIES. DIVISIONS DE LA PATHOLOGIE MENTALE PSYCHO-ANALYTIQUE. — L'étiologie des troubles mentaux est définie par un seul terme ; la constitution sexuelle morbide, mais ses modalités sont multiples entraînant des pathogénies différentes auxquelles correspondent les différents syndromes et groupements de syndromes.

Freud individualise les *névroses actuelles* provoquées par des perturbations somatiques qui présupposent chez le sujet une constitution sexuelle morbide.

Ces névroses actuelles sont : la *neurasthénie* car pour Freud la neurasthénie vraie est provoquée par la pratique de l'onanisme.

La *névrose d'angoisse* qui consiste dans une répartition anormale de la tension sexuelle.

En opposition avec les lésions actuelles, Freud distingue les névroses « à contenu psychique » ou *psychonévroses* qui sont plus particulièrement l'*hystérie*, les *obsessions*, les *phobies*.

Elles proviennent de la déviation génétique de l'instinct sexuel qui peut être source : soit de *perversions sexuelles* » soit par l'action des complexes pathogènes auxquels elle donne naissance des *diverses psychonévroses*.

Cet ensemble de syndromes répond à ce que l'on est convenu d'appeler les *névroses*. Mais les élèves

de Freud portent de plus en plus la psycho-analyse dans le domaine des psychoses (démence précoce, paranoïa, psychose maniaque dépressive) et *tendent* à démontrer que là encore tout syndrome résulte de l'action d'un groupe déterminé de complexes pathogènes.

Nous voyons donc qu'un des résultats de la pathologie psycho-analytique est de donner une définition pathogénique aux divers *syndromes* de la psychiâtrie classique.

D'ailleurs « remarquons que d'après la psycho-analyse, l'étiologie dernière des névroses étant commune à toutes, les classements nosologiques par lesquels les auteurs classiques établissent des barrières entre les diverses maladies nerveuses perdent de leur importance si bien que Bleüler croit à l'avenir d'une neuro-psychiâtrie née des œuvres de Freud qui étudiera les psychonévroses au point de vue purement dynamique et sexualiste et qui les caractérisera mieux par leur signification psycho-analytique que par l'organisation théorique traditionnelle en syndromes » (Régis et Hesnard).

SYMPTOMATOLOGIE. — La psycho-analyse considère deux ordres de symptômes :

Des symptômes étudiés habituellement en médecine mentale ou symptômes dits objectifs ;

Des symptômes, dits subjectifs, « idées ou sentiments particuliers au sujet, qui forment le contenu des systèmes psychiques élaborés par le malade » et qui sont objets de psycho-analyse.

Nous pouvons préciser ces deux ordres de symptômes en disant que : « Au lieu de chercher dans des faits objectivement conçus suivant les plans de la séméiologie générale, le pourquoi de la présence dans la conscience du malade de tel fait psychique à examiner ; au lieu d'analyser consécutivement les caractères cliniques de ce fait (accepté ou non par la personnalité et jusqu'à quel point ; susceptible d'être classé parmi les délires et les hallucinations, ou les idées de grandeur, ou les réactions impulsives), le psycho-analyste pense un instant, pour son propre compte, l'idée rencontrée chez le malade comme si elle lui était personnelle et recherche alors son origine immédiate. »

Par exemple, si en présence d'un paralytique général nous disons qu'il a des idées de grandeur, nous exprimons un symptôme objectif ; si nous rapportons une de ses phrases, « j'ai des centaines de millions », nous exprimons un symptôme subjectif.

Au point de vue pathogénique le symptôme objectif résulte d'un compromis entre l'affirmation de la libido et le refoulement érotique, entre les complexes et le moi ; autrement dit les symptômes objectifs sont provoqués par l'action des complexes considérés comme *parasites psychiques*.

Les symptômes subjectifs ont eux aussi pour origine les complexes, mais ils sont l'expression déformée et symbolique de ces complexes.

DIAGNOSTIC. — L'un et l'autre groupe de symptô-

mes sert à édifier un diagnostic. Les uns (objectifs) définissent cliniquement le syndrome dont ils dépendent. Les autres (subjectifs) soumis à la technique psycho-analytique nous révèlent les complexes pathogènes et nous dévoilent par conséquent l'étiologie précise de ce syndrome.

PRONOSTIC. — La psycho-analyse se présente comme un moyen d'investigation mais aussi comme un moyen de traitement. Les résultats thérapeutiques de cette méthode restent très discutés comme la méthode elle-même. C'est surtout les névroses dites de transfert, l'hystérie en particulier qui constituent le terrain le plus favorable pour cette thérapeutique.

TRAITEMENT. — « L'influence thérapeutique sur les psychonévroses et, par extension, l'action modificatrice à exercer sur toutes les anomalies psychiques dérivées du refoulement instinctif et sexuel, ont toujours été l'objet et la raison d'être même de la doctrine de Freud ».

Le principe de la méthode est que « dans le domaine de l'inconscient et des tendances refoulées, connaître c'est guérir ».

Le premier temps de la méthode consiste donc à extérioriser les complexes pathogènes. Ce premier temps ne diffère en rien de l'enquête psycho-analytique et est réalisé concurremment avec elle.

Le deuxième temps consiste à rendre *inactifs* les complexes ainsi connus par le mécanisme du *transfert* de *l'affekt*, deux termes qu'il nous faut préciser.

Comme nous l'avons vu, l'affekt est l'élément constituant du complexe qui définit la quantité de charge motrice appliquée aux autres éléments. Une des propriétés essentielles de l'affekt c'est « d'être mobile, déplaçable et de pouvoir s'appliquer avec plus ou moins d'adhérence à tel ou tel système particulier de complexes, se répandre très inégalement sur les principales constellations formées par leur réunion, passer de l'un à l'autre ».

Le *transfert* est le phénomène qui consiste dans le déplacement de l'affekt, phénomène aux applications multiples et qui en particulier préside au deuxième temps de l'intervention thérapeutique.

En effet les complexes une fois connus du malade nous allons pouvoir les rendre inactifs, annuler leur pouvoir pathogène en les déchargeant par le mécanisme du transfert de l'affekt.

Ce transfert pourra être réalisé grâce au conseil du médecin qui mettra en œuvre divers procédés que Freud définit et qui sont la condamnation, la sublimation, la pratique de la sexualité, termes qui s'expliquent d'eux-mêmes.

Mais « l'action de la didactique » est accessoire et le processus thérapeutique essentiel consiste dans le transfert affectif au médecin que nous allons maintenant étudier.

« Il existe chez les névropathes un besoin instinctif de projeter autour d'eux leur sentiment, de l'extérioriser, de le déplacer sur les personnes au contact desquelles ils vivent, de montrer aux per-

sonnes et aux choses un intérêt impulsif ou répulsif exagéré. » (Regis et Hesnard).

Ce besoin est une expression particulière du transfert. Il n'est pas propre au névropathe mais chez lui il est très exagéré et se porte en particulier et plus spécialement sur le médecin chargé de les soigner.

Il va alors se traduire par un état d'esprit fait de tendances le plus souvent sympathiques (transfert positif), parfois-antipathiques (transfert négatif), parfois enfin fait d'un mélange variable de sympathie et d'antipathie. Ces tendances vont se présenter souvent avec un caractère sexuel et les nerveuses deviendront alors amoureuses de leur médecin.

C'est surtout ce *report*, phénomène quasi spontané au cours de la psycho-analyse, qui permettra la décharge affective des complexes et la guérison des troubles mentaux.

Nous ne pouvons insister ici sur les indications et contre-indications, les précautions, les difficultés de la méthode ; elles sont à étudier au triple point de vue du malade, du médecin et de la maladie.

Les psychonévroses sont par excellence justiciables de cette thérapeutique. On les dit pour ce motif *psychoses de report affectif*.

Les psychoses sont plus rebelles car du fait de la désagrégation psychique il devient difficile de faire naître les complexes à la conscience du malade.

Pour Freud, la suggestion, la psychothérapie ne seraient pas autre chose que de la thérapeutique psycho-analytique qui s'ignore.

CHAPITRE VI

ETUDE DES DIVERS SYNDROMES MENTAUX PSYCHO-ANALYTIQUES

Nous venons de voir les traits communs aux divers syndromes ; il nous faut maintenant les étudier les uns après les autres dans la théorie psycho-analytique.

I. — NÉVROSES

Les névroses peuvent être définies comme des syndromes mentaux qui (par opposition aux psychoses) ne s'accompagnent pas de désagrégation de la personnalité du sujet qui s'en trouve atteint.

Du point de vue pratique ce sont des syndromes mentaux justiciables de la thérapeutique par transfert affectif.

Freud, définit 2 groupes de névroses : les névroses actuelles et les psychonévroses.

A) Groupe des névroses actuelles

Les névroses actuelles sont définies au point de vue pathogénique comme des syndromes causés

par des troubles actuels du métabolisme des substances sexuelles ; autrement dit par un trouble de la fonction sexuelle considérée comme un fait somatique et non psychique et par conséquent sans intervention des complexes. Elles tirent leur origine d'une constitution sexuelle morbide.

Au point de vue pratique, ces névroses n'étant pas liées à des complexes pathogènes ne sont pas matière à psycho-analyse ; mais comme elles sont des expressions de la *libido* elles vont être justiciables de la thérapeutique par transfert.

Freud décrit trois névroses actuelles principales : la neurasthénie, la névrose d'angoisse et l'hypochondrie. Nous étudierons rapidement les deux premières.

1^o La neurasthénie

DÉFINITION. — Cliniquement il faut entendre avec Freud par *neurasthénie vraie* un syndrome caractérisé par « céphalée, fatigabilité excessive, avec ou sans plaque sacrée, rachialgie ou paresthésie spinale, dyspepsie hyposthénique avec flatulence, lenteur des digestions, constipation et troubles intestinaux consécutifs, faiblesse sexuelle ou impuissance » (1). Cette définition élimine du syndrome neurasthénie :

a) Les états organiques accompagnés de symptômes neurasthéniques ;

1. Régis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 201.

b) Toute une série de troubles nerveux d'émotion aiguë ou chronique qu'il faut rapporter non à la neurasthénie mais à la névrose anxieuse.

PATHOGÉNIE. — ÉTIOLOGIE. — Ce syndrome ainsi défini dans ce sens restrictif Freud n'hésite pas à le rapporter dans tous les cas à la masturbation.

Le mécanisme pathogénique est donc le suivant : Du fait de la constitution sexuelle morbide du sujet, la libido s'exprime en onanisme qui produit la neurasthénie par une perturbation du métabolisme sexuel.

L'étiologie est donc bien la constitution sexuelle morbide.

THERAPEUTIQUE. — L'on conçoit aisément qu'il suffira de réaliser un transfert affectif de la libido pour voir cesser l'onanisme et ses conséquences.

2^e La névrose d'angoisse

DÉFINITION. — L'angoisse considérée comme phénomène normal est un état affectif, nuisible, pathologique qui se surajoute aux réactions de défense de l'individu vis-à-vis du danger.

La névrose d'angoisse est essentiellement caractérisée au point de vue clinique par une tendance du malade à l'angoisse, celle-ci survenant à l'occasion d'un événement sans valeur relativement à l'état affectif ainsi réalisé.

ÉTIOLOGIE. — L'angoisse *normale* a pour cause

première la libido, et voici comment Freud établit la relation.

Certains états affectifs, l'angoisse dans le cas particulier, réaliseraient la reviviscence d'un état affectif antérieur et identique. L'état affectif prototype et source de l'angoisse serait le fait somatique constitué par la naissance de l'individu et en langage psychologique, la séparation de la mère et de l'enfant qui lui correspond ; ainsi donc l'angoisse vulgaire apparaît comme causée par une insatisfaction de la libido.

L'angoisse peut apparaître également dans toute une série de situations morbides (coïtus interruptus, angoisse comme équivalente de l'hystérie, des phobies, angoisse infantile). La relation entre cette angoisse *pathologique* et la libido est un fait plus apparent que dans le cas précédent.

Quant à la tendance à faire de l'angoisse qui caractérise la névrose d'angoisse elle tient à un état constitutionnel de la libido et nous retrouvons comme étiologie de cette névrose la constitution sexuelle morbide.

PATHOGÉNIE. — « La pathogénie tout entière de la névrose d'angoisse réside dans les parties les moins idéatives de la sphère psycho-sexuelle. Elle consiste dans une répartition anormale de la tension sexuelle. Celle-ci ne peut aboutir à l'épanouissement psychique terminal, lequel, accompagnant normalement l'acte spinal, doit absorber l'énergie accumulée dans le psyché par les excitations préparatoires ou

même la simple accumulation lente des produits sexuels. La tension sexuelle s'irradie alors du côté de l'innervation somatique en produisant une série de symptômes parfois très comparables aux manifestations émotives du coït » et il en résulte que « le seul acte qui puisse détourner la tension sexuelle de cette irradiation anormale est le rapport sexuel avec satisfaction complète (1) ».

Cependant « pour expliquer certains cas où il a trouvé une étiologie sexuelle incomplète (états anxieux en rapport avec des états organiques d'épuisement nerveux ou d'artério-sclérose, etc.), Freud a émis une restriction à cette théorie. Il y a des cas où l'épuisement nerveux a pour conséquence une insuffisance de la psyché et c'est elle qui devient incapable d'élaborer l'excitation sexuelle somatique en satisfaction complète (2) ».

SYMPTOMATOLOGIE. — Pour Freud, la névrose d'angoisse comprend « toutes les manifestations neuropathiques autres que l'hystérie, les phobies et obsessions qui consistent en des symptômes d'émotion aiguë ou chronique » (3). Parmi ces symptômes on peut citer l'excitabilité générale ou sensuelle, la faiblesse irritable, l'insomnie, l'attente anxieuse, les crises anxieuses, etc.

FORME CLINIQUE. — *L'angoisse hystérique*. — La névrose d'angoisse prépare le terrain de « plasticité

1. Régis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 208.

2. Régis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 209.

3. *Idem*, p. 204.

somatique » favorable au développement et à la mise en relief de la névrose hystérique. Ce « noyau d'angoisse » constitue une forme clinique de la névrose d'angoisse : l'angoisse hystérique qui peut donner naissance à diverses phobies anxieuses, agoraphobie, érythrophobie qui, elles, sont l'expression de complexes pathogènes intervenus en sa faveur.

Le nervosisme

Nous venons d'étudier deux des névroses actuelles, mais en réalité le névropathe nous présente plus que cela. Il nous faut expliquer son attitude, la manière dont il souffre de sa névrose, dont il s'en défend ou s'en accommode, ses troubles de caractère.

Eh bien en poursuivant notre interprétation à la lumière des théories de Freud nous en arrivons à conclure que tous les actes du nerveux sont le fruit non du moi, mais de la libido luttant contre le moi. Les diverses réactions sont en somme causées par la lutte de deux forces antagonistes, le moi et la libido, et il semble que Freud reprend l'idée contenue dans cette expression populaire, « il a les nerfs plus forts que le sang ».

Quant aux buts égoïstes que l'on prête si souvent aux nerveux ce ne sont qu'accessoires et apparences.

B) Groupe des névroses liées à un trouble de développement de la constitution sexuelle

a) LES PERVERSIONS SEXUELLES

Elles ont pour origine une fixation de la libido à un de ses stades de développement. Suivant que cette fixation correspond à telle ou telle phase évolutive de la libido nous aurons telle ou telle modalité de perversion sexuelle : onanisme, désirs incestueux, homosexualité, sadisme...

Au point de vue psycho analytique ces perversions sont sans intérêt car elles ne sont pas objet de psycho-analyse et se montrent rebelles au phénomène du transfert affectif.

Il y a lieu de remarquer cependant que du fait de leur étiologie commune, elles affectent des rapports intimes avec les psychonévroses et que les deux ordres desyndromes se trouvent par conséquent souvent associés dans une même famille de névrophathes ou même chez un même individu.

b) LES PSYCHONÉVROSES

Nous avons déjà vu que ce sont les névroses qui ont pour cause des complexes pathogènes près d'une constitution sexuelle morbide par arrêt dans son développement.

Au point de vue pratique elles constituent le type

des affections mentales justiciables de la psycho-analyse et du transfert affectif.

On en décrit trois :

L'*Hystérie* qui a été plus particulièrement et qui a constitué le point de départ de la pathologie psychoanalytique.

L'*obsession* ;

Les *phobies*.

Sans revenir sur le mécanisme général de ces syndromes, leur diagnostic et leur traitement, nous devons cependant passer en revue les principaux symptômes et donner leur interprétation psychoanalytique.

1^o Hystérie

Nous étudierons successivement les deux ordres de symptômes :

Les symptômes dits objectifs ;

Les symptômes dits subjectifs.

Symptômes classiques ou objectifs. — Nous avons vu qu'ils résultent de l'action parasitaire des complexes pathogènes.

« Les *amnésies hystériques* sont des refoulements portant sur une certaine quantité d'associations psychiques. En réalité d'ailleurs beaucoup de symptômes même somatiques relevant du même mécanisme ne sont que des « amnésies de fonction » ou des « aboulies ».

L'*état mental des hystériques* est fait : de *versatilité* car ces malades ne peuvent s'adapter à aucune

émotion réelle à cause de leur impossibilité d'assouvissement instinctif que détermine la persistance, au sein du psychisme inconscient, de leurs conflits intérieurs ; de *suggestibilité* parce que leur libido se transfère trop facilement, n'étant pas normalement fixée, sur la personne des médecins ou de l'hypnotiseur, probablement sous l'influence, d'une tendance masochiste en rapport avec la persistance du complexe paternel ; de *répugnance sexuelle* parce que leur adaptation à l'assouvissement normal n'étant pas possible les impressions sexuelles leur sont pénibles.

Le délire hystérique est une dissociation de la personnalité, produite par une manifestation bruyante et énergique des tendances inconscientes. C'est un délire de rêve dont le contenu est symbolique des désirs secrets.

Quant aux *symptômes somatiques* les plus apparents et les plus frappants, ils sont en rapport avec la *conversion* de la libido en irradiations neuro-musculaires ou viscérales, sorte de création de réflexes pathologiques et permanents. Au moyen de ces irradiations le malade par suite d'une *plasticité somatique* spéciale symbolise les événements affectifs fixés dans son inconscient, par des signes empruntés au matériel de l'organisme physique.

SYMPTÔMES PSYCHO-ANALYTIQUES (dits subjectifs). — Si maintenant nous analysons le contenu du délire hystérique, le sens du symptôme somatique nous trouvons, comme nous venons de le dire, que le processus de symbolisation réalisé par la censure s'ap-

pelle la *conversion* et que le symptôme est l'expression symbolique des complexes et « peut-être d'après l'énumération de Freud : le symbole de souvenirs relatifs à des traumatismes affectifs ou un produit de substitution symbolique d'événements associés à ces traumatismes ; l'expression d'une réalisation imaginative de désirs ou de fantaisies variées pouvant servir à cette réalisation ; la réalisation d'une satisfaction érotique attachée à une composante instinctive et par suite, l'expression d'une part plus ou moins complète de la vie sexuelle du sujet ; l'expression du retour d'une satisfaction partielle de l'enfance antérieurement refoulée puis réveillée ; un compromis entre deux forces, l'une qui tend à exprimer une tendance instinctive et l'autre qui s'efforce de la donner ; un produit de remplacement non sexuel d'une tendance affective à laquelle est attachée dans l'inconscient une valeur sexuelle ; une manifestation d'un état de bisexualité inconsciente manifestée par une « fantaisie double », l'une inspirée du rôle masculin, l'autre du rôle féminin (1). »

Si nous considérons le cas particulier de la crise d'hystérie, nous trouvons qu'elle est l'équivalent du coït.

2° La névrose obsessionnelle

« L'obsession est une idée illogiquement substi-

1. Regis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 218.

tuée à un remords ou à un reproche logique (1) » du domaine de la libido.

Cette symbolisation est le fruit d'un procédé de la censure, la *substitution*, homologue de la *conversion* dans l'hystérie.

Regis et Hesnard précisent le mécanisme de la substitution en disant que « partant de l'instinct infantile refoulé pour aboutir à la névrose obsédante, le mécanisme de défiguration s'accomplit en différents temps que Freud a cherché à isoler » (2); ce sont l'*ellipse*, la *création d'un intervalle de la série temporelle*, la *généralisation*, le *déplacement affectif*, la *formulation vague et équivoque*.

Mais l'obsession n'est pas toute la névrose d'obsession et Freud fait rentrer également dans ce cadre : la manie du doute, le délire du toucher, les préoccupations fréquentes aux obsédés (préoccupations au sujet de la mort, préoccupations du métaphysique, superstitions), symptômes, qui par des mécanismes qui leur sont propres, dérivent eux aussi de l'action parasitaire des complexes.

c) Groupe des lésions à étiologie mixte comportant un élément étiologique organique

Beaucoup d'états nerveux ne relèvent qu'incomplètement de la psycho-analyse. On dit alors qu'ils

1. Regis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 225.

2. Regis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 232.

sont mixtes, faits de deux éléments : un élément organique et un élément névropathique. Cet élément névropathique est lui-même dissociable, à la lumière des théories plus haut exposées, en deux éléments plus simples : un élément toxique ou actuel, relevant comme l'angoisse ou la neurasthénie, de causes dépendant d'un mauvais fonctionnement actuel du système génital et un élément psychogène.

Parmi les névroses comportant un facteur étiologique organique et ayant fait l'objet d'études psycho-analytiques on peut citer : le névralgie du trijumeau, les névroses gastriques, le prurit cutané universel, le vaginisme, la crampe des écrivains, etc., mais en particulier l'épilepsie.

Les névroses qui succèdent à une forte émotion ou à un ébranlement nerveux, plus particulièrement les *névroses de guerre*, ont fait l'objet d'une étude particulière.

Dans certains cas, on peut là encore faire intervenir un facteur étiologique constitutionnel et parler d'une constitution sexuelle morbide. Dans d'autres, l'individu frappé de névrose était antérieurement très bien équilibré et l'élément constitutionnel n'apparaît pas. C'est pourquoi l'observation des névroses de guerre a fait naître au sein de la psycho-analyse toute la série des théories dissidentes que nous avons résumées à la suite de la théorie de Freud.

Freud lui-même « est revenu sur cette ques-

tions des névroses de guerre pour tenter de redonner à la théorie pansexualiste une place de premier rang dans leur mécanisme pathogénique » (1). Pour expliquer ces névroses il fait appel à « une contrainte inspirée par les instincts de mort » « qui contrarie perpétuellement l'œuvre de défense, de renouvellement et de perfectionnement des instincts sexuels, c'est-à-dire des instincts de vie ».

Toutefois il y a lieu de remarquer que même dans cette interprétation sexualiste de ces névroses l'étiologie ne revient pas à la constitution sexuelle mormide.

II. — LES PSYCHOSES

Psycho-analyse et psychoses

Dans des psychoses telles que la démence précoce ou la paranoïa l'on se trouve en présence d'idées délirantes ou d'actes incohérents très analogues à ceux rencontrés dans les névroses et il était naturel de chercher à introduire les procédés de la psycho-analyse dans l'étude de ces maladies.

Cependant le transfert de la psycho-analyse dans ce nouveau domaine ne va pas sans difficulté, car l'aliéné ne peut pas compléter le contenu de son délire par les inspirations de l'auto-analyse. Il faut dans les psychoses apporter une technique particu-

1. Regis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 246.

lière et les résultats sont moins précis. Les psychoanalystes ont surtout porté leurs efforts sur des cas de démence précoce et de paranoïa.

Les essais qui ont heureusement abouti les ont conduits à édifier une théorie psycho-analytique des psychoses. Mais il faut bien dire qu'ici nous entrons dans un domaine neuf et que ces théories ne sont qu'ébauchées.

PATHOGÉNIE. — Avec les psychoses nous retrouvons encore nos deux ordres de symptômes :

Symptômes dits subjectifs ;

Symptômes dits objectifs.

Les premiers sont ici encore l'expression même des complexes. Quant aux seconds deux théories différentes cherchent à les interpréter : c'est la théorie de l'autisme et la théorie psycho-analytique.

THÉORIE DE L'AUTISME. — La psychose en général serait le résultat de l'attaque du conscient par l'inconscient, attaque qui serait liée à un état constitutionnel et vraisemblablement organique ;

Pour d'autres auteurs « le rêve délirant est une fin poursuivie par le malade pour échapper à la réalité trop rude » (1) (théorie finaliste).

L'attitude autistique varie dans son intensité et l'on peut étudier deux groupes de psychoses.

« Les psychoses résultant d'une attaque victorieuse du conscient par l'inconscient (2) » : c'est la

1. Régis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e éd., p. 272.

2. Régis et Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e éd., p. 251.

démence précoce prise dans le sens Kraepelinien.

« Les psychoses qui résultent d'une défense du conscient contre une attaque moins énergique et plus dissimulée de l'inconscient (1), » psychoses qui correspondent à peu de chose près à la paranoïa.

Quant aux « distinctions que fait actuellement la séméiologie française dans le mécanisme clinique du délire systématique (hallucination, interprétation, imagination), elles paraissent aux psychoanalystes d'un intérêt secondaire. Ce serait là trois modes, souvent combinés, de réalisation des tendances (2) ». « Si le procédé employé est la logique affective ou délire d'interprétation, *l'aliéné* sera paranoïaque ; s'il s'agit d'une intention imaginative substituant une partie de rêve à la réalité, ce sera le délire d'imagination ; s'il s'agit d'une perception symbolique inconsciente plus ou moins partielle projetée dans le mode extérieur, ce sera le délire hallucinatoire, etc. (3) » Mais la distinction essentielle serait pour les psychoanalystes de savoir si l'inconnu a réussi ou non dans ses essais d'attaque du conscient.

THÉORIE PSYCHO-ANALYTIQUE ET NARCISSISME. — Les psychoses ont été également interprétées comme le fruit de la volonté de la libido et de sa lutte

1. *Idem*, p. 252.

2. Régis et Hesnard, *Psycho-analyse* 2^e éd., p. 252.

3. *Idem*, p. 281.

contre le moi. « Ces complexes deviennent des parasites psychiques épuisant les forces de l'esprit et déterminant secondairement les lésions isolées par les auteurs classiques (démence précoce) et l'on voit que la psycho-analyse aboutit ici à la plus parfaite expression de la doctrine psychologique des psychoses (1). »

La libido qui engendre les psychoses possède une qualité particulière; c'est une libido narcissique, notion que nous devons expliquer.

Le narcissisme est le retour de la libido dans le moi. A l'état normal la libido est douée d'une certaine mobilité, c'est ce que Freud précise par une comparaison : les protozoaires « émettent des prolongements appelés pseudopodes, dans lesquels ils font écouler leur substance vitale. Mais ils peuvent également retirer ces prolongements et se rouler de nouveau en boule. Or nous assimilons l'émission des prolongements à l'émanation de la libido vers les objets, sa principale masse pouvant rester dans le moi et nous admettons que dans des circonstances normales la libido du moi se transforme facilement en libido objective, celle-ci pouvant d'ailleurs retourner au moi (2) ». C'est ainsi qu'un état normal comme le sommeil, réalise un narcissisme à titre transitoire.

Le narcissisme au contraire est pathologique quand

1. *Idem*, p. 273.

2. *Introduction à la psycho-analyse de Freud*, traduction française, 1922, p. 445.

il s'accompagne d'une diminution de mobilité de la libido et la libido narcissique peut être définie une libido qui tend à rester dans le moi par suite d'une diminution de sa mobilité.

« Abraham a émis la proposition que le principal caractère de la démence précoce consiste en ce que la fixation de la libido aux objets fait défaut dans cette affection... la libido se retournerait vers le moi » (1).

Généralement la libido qui provoque les psychoses apparaît donc avec le caractère narcissique.

Les psychoses sont la résultante de deux forces qui s'opposent, la libido narcissique et le moi, et nous retrouvons ici encore les deux forces antagonistes (libido et moi) qui sont à l'origine des névroses.

ÉTIOLOGIE. — Cette notion pathogénique admise, Freud ne s'élève pas jusqu'à une conception étiologique précise. Il dit simplement « je ne serais pas étonné d'apprendre un jour que le pouvoir pathogène constitue un privilège des tendances libidineuses et que la théorie de la libido triomphe sur toute la ligne depuis les névroses actuelles les plus simples jusqu'à l'aliénation psychotique la plus grave de l'individu. Ne savons-nous pas que ce qui caractérise la libido, c'est son refus de se soumettre à la réalité cosmique, à l'ananké ? Mais il me paraît tout à fait vraisemblable que les tendances du moi, entraî-

1. *Idem*, p. 444.

nées par les impulsions pathogènes de la libido, éprouvent elles aussi des troubles fonctionnels. Et si j'apprends un jour que dans les psychoses graves les tendances du moi elles-mêmes peuvent présenter des troubles primaires, je ne verrais nullement dans ce fait un écart de la direction générale de nos recherches. Mais c'est là une question d'avenir » (1).

A) Démence précoce

La démence précoce des psycho-analystes correspond au point de vue clinique à la démence précoce de Kraepelin.

PATHOGÉNIE. — Pour Bleuler l'autisme est un phénomène psychologique particulier qui rend possible l'expression symbolique des complexes et par conséquent les délires des déments précoces.

Jung, Maeder, admettent que « le rêve délirant du malade est une fin poursuivie par le malade pour échapper à la réalité trop rude ».

Après eux quelques auteurs admettent que la psychose est un moyen de satisfaction de la libido du malade qui lui impose une sorte de volonté de maladie.

Enfin la théorie la plus parfaitement psycho-analytique, admet que la démence précoce est fonction

1. Freud, *Introduction à la psycho-analyse*, traduction française, 1922.

d'une libido narcissique. « Le processus à la suite duquel la libido une fois détachée des objets trouve la route barrée lorsqu'elle veut y retourner se rapproche de celui du refoulement et doit être considérée comme son pendant (1) » il explique le tableau symptomatique très variable de la démence précoce « qui ne se compose pas uniquement des symptômes découlant du détachement de la libido des objets et de son accumulation dans le moi, en qualité de libido narcissique. Une grande partie revient plutôt à d'autres phénomènes se rattachant aux efforts de la libido de retourner aux objets, donc correspondant à une tendance de restitution ou de guérison » (2).

Parmi les idées délirantes habituelles aux déments précoces il faut citer les idées de grandeur qui sont « la conséquence immédiate de l'aggrandissement du moi par toute la quantité d'énergie libidineuse retirée des objets ».

En définitive, la démence précoce comme les névroses et les psychoses s'explique par l'action parasitaire de complexes à tendances narcissiques et qui tient sous sa dépendance l'autisme, les phénomènes délirants et même les lésions associées.

1. Freud, *Introduction à la psycho-analyse*, traduct. franç., 1922, p. 451.

2. *Idem.*, p. 451.

B) Groupe de la paranoïa

Délire de persécution

Pour certains auteurs le délire de persécution provient de ce fait que « le malade cherche à faire cesser le conflit intérieur non en se réfugiant dans la vie autistique comme le fait le schizophrène, mais en reportant sur d'autres personnes la tendance pénible par suite en la déformant » (1).

Dans la théorie psycho-analytique pure, les idées de persécution sont l'expression d'une libido à tendances homosexuelles. Or pour Freud narcissisme et homosexualité sont proches parents. Ils correspondent à un stade d'évolution de la libido du *type narcissique*. La démence précoce et le délire de persécution sont le fruit de l'action parasitaire des complexes du type narcissique et c'est ce qui explique la parenté des deux maladies.

c) La mélancolie

C'est un syndrome qui est l'expression d'un désir érotique déformé par un double processus, l'*ambivalence*, qui est « l'existence chez une même personne de sentiments opposés, amicaux et hostiles, à l'égard d'une même personne », l'*identification nar-*

1. Régis Hesnard, *Psycho-analyse*, 2^e édition, p. 274.

cissique qui fait que dans le retour de la libido vers l'état narcissique « le moi est traité comme objet abandonné ». C'est ainsi que l'on peut en particulier expliquer la tendance au suicide des mélancoliques.

d) **Autres psychoses**

Des psycho-analystes ont tenté l'extension des théories de Freud à un grand nombre d'autres troubles mentaux : manie, kleptomanie, dipsomanie, suicide, etc.

CHAPITRE VII

CRITIQUE DE LA PSYCHO-ANALYSE ET DE LA PSYCHOLOGIE PSYCHO-ANALYTIQUE

Les rapports entre la pathologie psycho-analytique
et la psychiatrie. Les critiques

Telle est dans ses grandes lignes l'œuvre de Freud et de ses élèves et en particulier le côté plus spécialement pathologique de celle-ci.

Les rapports du Freudisme avec les données actuelles de la psychiatrie constituent un des points intéressants de cette théorie et répond en même temps à l'idée directrice de notre travail.

Nous avons vu que Freud partant de ses conceptions sur l'hystérie a dégagé deux notions : l'existence du trauma affectif à la base des manifestations hystériques, la possibilité de le dépister au cours de l'hypnose. Or si l'on admet avec Babinski que l'hypnotisme et les faits étudiés avant lui sous le vocable d'hystérie porte la facture bien plus de l'observateur que du sujet en expérience il faut bien renoncer à l'interprétation de Freud. Force nous est donc d'admettre (pour mettre les choses au mieux)

que l'auteur partant d'idées erronnées a été pour ainsi dire *accidentellement* conduit dans la bonne voie.

Dès l'instant où l'idée de la psycho-analyse lui est suggérée, il étudie les faits par cette nouvelle méthode et la théorie pathologique de Freud perd le contact d'avec la psychiatrie.

Dans un dernier temps, Freud cherche à donner une interprétation psycho-analytique aux différents syndromes de la psychiatrie. C'est ainsi qu'il en vient à admettre aux côtés de l'hystérie, les syndromes neurasthénie, névrose d'angoisse, phobies... qu'il distingue les troubles mentaux en névroses et psychoses. Tous ces termes ont perdu de leur valeur et nous ne pouvons avoir, quant à nous, qu'une attitude de défiance vis-à-vis d'une théorie qui sait si bien se concilier les notions les moins bien établies. Dans tous les cas pour rendre la pathologie psycho-analytique intelligible aux oreilles des psychiatres contemporains, et en particulier des psychiatres français, une transposition de ses conclusions reste nécessaire.

Le Freudisme qui a actuellement un grand retentissement dans le monde entier est l'objet de vives et nombreuses discussions. Celles-ci remplissent la littérature médicale et psychologique, les revues, les comptes rendus des sociétés savantes et des congrès et nous ne pourrions aisément les passer en revue dans ce bref exposé. Mais dans toutes les critiques, on peut dégager deux attitudes différentes.

Certains auteurs mettent en discussion les différents éléments du système soit au point de vue psychologique soit au point de vue médical. D'autres refusant d'emblée le droit de cité à la théorie de Freud s'attaquent à la tournure d'esprit de l'auteur et à ses méthodes de travail.

C'est ainsi que M. Chaslin accuse Freud « de remuer à la pelle, si *on* lui permet cette expression, un énorme tas de petits faits mal observés et mal interprétés à cause de son obstination systématique » (1) et parlant du succès du Freudisme il dit : « on pourrait se demander si cette grande diffusion ne tiendrait pas en partie à l'attrait défendu des choses sexuelles (et le fond du Freudisme est proclamé sexuel avec cynisme) et en partie aussi à l'attrait du mystère, car cette libido se cacherait obstinément dans l'inconscient chez chacun de nous et ne se révélerait que sous le masque du rêve de la névrose ou de l'art. Enfin c'est un système rigoureux et tout le monde court après un système d'autant plus que ce système a plus de prétentions à tout expliquer (2) ».

Cependant M. Chaslin déclare « qu'une théorie de cette envergure n'est pas l'œuvre d'un esprit ordinaire » (3) et s'il se refuse à accepter cette théorie il rappelle que l'« on a comparé le professeur Viennois à Gall et mieux à Lombroso, dont Gabriel Tarde

1. M. Chaslin, *Journal de psychologie*, 1923.

2. M. Chaslin, *Journal de psychologie*, 1923.

3. M. Cheslin, *Revue de France*, 1922, p. 24.

disait qu'il était comme le café, excitant mais ne nourrissant pas. » (1) et le fait est, comme le constate M. Chaslin, qu'il éveille l'attention sur toute une série de problèmes de premier ordre tels que ceux du symbolisme, de l'instinct sexuel chez l'enfant de la psychopathologie des actes de la vie quotidienne, du refoulement et de l'action des éléments refoulés, du rôle de l'instinct sexuel, du transfert, affectif, de la notion d'incohérence en pathologie mentale, et M. Chaslin, conservant pour la théorie toute sa sévérité, estime que si Freud « avait recueilli sans psycho-analyse et sans libido des faits de même ordre, mais bien choisis, bien contrôlés et interprétés sans parti pris il aurait pu faire réellement avancer la science » (2).

1. *idem.*

2. M. Chaslin, *Journal de Psychologie*, 1923.

CONCLUSION

Le Freudisme aboutit à une théorie psychologique très vaste, très critiquée, et dont l'étude ne laisse pas être intéressante.

La méthode consiste : 1° à étendre le domaine des investigations psychopathologiques grâce à l'introduction de la notion d'inconscient psychique ; 2° à utiliser dans ce domaine ainsi accru une technique particulière, la psycho-analyse.

Elle aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les troubles mentaux sont liés par un rapport de causalité aux troubles des fonctions sexuelles et la notion de libido domine cette pathogénie des troubles mentaux.

2° Les névroses actuelles sont provoquées par des perturbations somatiques de cette fonction sexuelle. Les psychonévroses et les psychoses résultent de la lutte de deux forces psychiques antagonistes, la libido et le moi.

3° Les psycho-analystes *tendent* à admettre pour tous les troubles mentaux une étiologie unique : la constitution sexuelle morbide.

DEUXIÈME PARTIE

BLEULER ET LA SCHIZOPHRÉNIE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITIONS DE LA SCHIZOPHRÉNIE LE FONCTIONNEMENT DE L'ACTIVITÉ PSYCHIQUE

Bleuler sous le nom de schizophrénie a fait la synthèse psychologique de la démence précoce de Kraëpelin. L'analyse de son œuvre a été présentée par Minkowski dans l'*Encéphale* (E. 1921, p. 274) et l'auteur dit que la schizophrénie consiste en une « perte du contact vital avec la réalité ».

Notre exposé est basé sur l'œuvre maîtresse de Bleuler (*Dementia praecox*) où il définit la schizophrénie comme un trouble dans les associations logiques des idées.

De ces deux définitions la première est clinique, la deuxième fait appel à un processus psycho-pathologique.

Nous avons tenu à souligner cette dualité qui peut apparaître de prime abord comme un malentendu

et procure un certain malaise à qui lit successivement, comme nous l'avons fait nous-même, l'analyse puis le texte original.

Bleuler est avant tout un Freudien. L'auteur étudie des cas de démence précoce et il aboutit à un système psychologique fait de deux éléments : la théorie de Freud, la notion d'association des idées. Ainsi donc la théorie psychodynamique de Bleuler peut être schématisée de la façon suivante.

Avec Freud et dépassant la notion d'idées, il conçoit l'existence d'activités psychologiques élémentaires les unes conscientes (idées, états de conscience), les autres inconscientes (complexes, censure).

Les complexes provoquent les idées et les associations d'idées et la tendance à faire naître les associations est fonction de la charge affective du complexe.

La censure neutralise les complexes qui ne s'accordent pas avec la réalité.

Donc à l'état normal les associations des activités psychologiques assurent le jeu harmonieux des complexes et de la censure dans le sens d'une activité psychique réaliste. Autrement dit la personnalité est unifiée et guidée par le besoin de syntonie à la réalité (complexe dominateur).

La fragilité des associations entraîne la désagrégation de ces diverses activités psychiques : les unes

1. Dans cet exposé nous nous sommes autorisés à faire des emprunts importants au texte original : *Dementia præcox*.

vont reprendre une complète indépendance, les autres vont être dominées par les complexes les plus actifs libérés par la censure. Toutes ces perturbations sont définies par un état pathologique spécial : la schizophrénie.

La schizophrénie existe donc en dehors de tout affaiblissement intellectuel et est caractérisée par une désagrégation de la personnalité due à la perte du contact vital avec la réalité.

CHAPITRE II

PSYCHOPATHOLOGIE DES SYMPTÔMES DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Les symptômes de la schizophrénie se distinguent en symptômes primitifs et symptômes secondaires.

Les symptômes primitifs sont des phénomènes partiels d'une maladie, phénomènes qui sont absolument nécessaires pour la constitution de celle-ci. Les symptômes secondaires peuvent manquer ou changer sans que la maladie elle-même change. Mais les symptômes seraient pour Bleuler quelque chose de plus : la disposition sur laquelle des événements psychiques développent ultérieurement les autres symptômes.

Symptômes primitifs

Le symptôme psychique primitif essentiel c'est la fragilité de l'association des idées. Mais en marge de ce symptôme il en existerait également d'autres d'ordre physique en rapport uniquement avec des lésions organiques.

Symptômes secondaires

En partant du symptôme primitif nous allons pouvoir déduire les différents symptômes secondaires.

La fragilité des associations fait que le schizophrénique ne pense pas en suivant les voies les plus logiques et qu'il opère avec des fragments d'idées (*suite et dissociation des idées chez le schizophrénique*).

Par suite de la fragilité des associations entre les activités psychologiques : 1° les complexes chargés d'affekt (et qui par conséquent avaient la route barrée par la censure) tendent plus ou moins à se libérer de l'action de la censure (qui n'est autre chose qu'une activité psychologique d'une espèce particulière) ; 2° grâce à leur pouvoir affectif elles vont créer à leur gré des idées et des associations d'idées. Ainsi donc l'activité psycho-motrice se trouve commandée par un ou plusieurs complexes et s'est détournée de la réalité (*autisme*).

Les *délires* des schizophréniques sont l'expression de ces complexes déformés par les troubles d'association d'une part, les phénomènes censeurs, d'autre part. Ces complexes refoulés engendrent également des troubles de mémoire, le *maniérisme*, les *stéréotypies*.

Le *négativisme* résulte de ce fait que le malade se détourne du monde extérieur.

L'*ambivalence pathologique* est la conséquence de la dissociation des associations qui rend possible l'existence de deux idées antagonistes.

L'*indifférence* est due à l'autisme et à l'élimination de complexes.

Il nous faut maintenant étudier en détail et successivement le mécanisme qui donne naissance à ces différents symptômes secondaires.

La suite et la dissociation des idées

Les troubles dans la suite des idées constituent les *conséquences* les plus immédiates de la fragilité des associations.

Elles s'expriment par des associations basées sur des parentés purement verbales ou formelles. Elles sont les associations par consonnances de mots, par ressemblance de deux gestes ayant une valeur différente. D'autres associations sont logiques mais sans valeur. C'est ainsi que tel schizophrénique casse une *vitre* parce que le médecin porte des *lunettes*.

Les troubles d'*attention* peuvent être considérés comme une manifestation de l'anarchie des associations. L'*arrêt de l'activité intellectuelle* est dû soit au désintérêt soit aux troubles d'association.

Le concours des troubles de l'association et de l'affectivité se manifeste dans des cas déterminés et a un rôle dominant dans la maladie. C'est qu'en effet les besoins logiques et affectifs se contredisent.

bien souvent et l'*influence* de l'affectivité ressort d'une façon beaucoup plus nette dans toute maladie qui affaiblit la logique.

Tandis que l'ordre des idées intellectuellement suit la logique, l'affectivité dirige l'association dans le sens du désir, c'est-à-dire vers le plaisir ou vers la défense contre une contrariété. C'est ainsi que le schizophrénique exagérera le risque d'une entreprise dont il ne souhaite pas la réalisation.

La *stupeur* serait une expression de l'affectivité et la *catatonie* soit un état de stupeur soit une manifestation de la tendance à faire durer certains phénomènes (stéréotypie).

L'effet le plus remarquable de l'affectivité sur la suite des idées consiste dans la dissociation de la personnalité. Les malades paraissent être dissociés par leurs complexes en différentes personnalités. Dans son médecin le schizophrénique verra le Docteur X et son ennemi Y. La conscience du moi va être tantôt reliée avec un complexe, tantôt avec un autre. Il aura une conversation avec le médecin puis deux minutes après il pourra se plaindre d'être persécuté par lui.

En somme, la dissociation est la condition première de toutes les manifestations un peu plus compliquées de la maladie. Elle donne son cachet à toute la schizophrénie. Derrière la dissociation systématisée en certains complexes d'idées, nous avons trouvé auparavant une friabilité primitive de l'architecture des associations qui peut mener à une

dissociation irrégulière de choses aussi solides que celles de définitions concrètes. Le nom de schizophrénie désigne les deux variétés de la dissociation qui se rejoignent souvent dans leurs effets.

L'affectivité

Tout le monde a pu observer que l'affectivité ne manque pas complètement chez le schizophrénique et l'on ne peut parler chez lui d'une baisse globale de l'affectivité.

Il y a plus, tout se passe comme si l'affectivité était entièrement conservée et la parathymie serait virtuelle en ce sens que le malade réagit sur une autre idée que celle que le médecin attend de lui.

On a souvent occasion de noter le caractère discordant des expressions de l'affectivité (idée de persécution avec bonne humeur par exemple). C'est que les associations se font dans des mauvaises voies ou ne se font pas et qu'il en résulte un rapport nouveau entre l'affectivité et ses expressions comparé à ce qui se passe chez l'homme normal. Il faut tenir compte aussi de ce fait que le malade peut avoir conscience du caractère autistique de ses associations et chercher à leur barrer la route.

L'intensité des affectivités peut empêcher une grande partie de leurs effets et jusqu'à leur entrée dans la conscience. Ces affectivités *refoulées* vont alors s'extérioriser en prenant le masque du délire.

L'indifférence apparente du schizophrénique s'ex-

plique de diverses manières. Elle peut être le résultat d'une sorte de volonté du sujet. Elle peut consister en un contentement parathymique qui vient de ce que tous les désirs du malade sont comblés dans la pensée autiste. Elle peut provenir de ce fait que l'idée délirante exprime le contraire de ce que le malade désire (ambivalence).

Autisme

L'autisme est la suite directe de la dissociation schizophrénique. Le schizophrénique exclut en effet toutes les associations qui ne s'accordent pas avec le complexe teinté d'affectivité. L'autisme ne serait d'ailleurs que l'exagération d'un phénomène physiologique.

L'ambivalence

A l'état normal, l'activité psychologique est telle que deux idées antagonistes vont s'éveiller en même temps. L'amour et la haine sont beaucoup plus proches l'un de l'autre que l'indifférence. La volonté d'agir et la volonté de ne pas agir existent concurremment. Les idées de noir et de blanc vont surgir simultanément.

Le schizophrénique avec ses associations affaiblies n'a pas besoin de combiner ces deux aspects opposés de la pensée dans une même unité. Il pourra dans le même temps aimer la rose à cause de sa

beauté et la haïr à cause de ses épines. Ainsi s'explique l'ambivalence qui sera suivant les cas une ambivalence de l'affectivité de la volonté ou même une ambivalence intellectuelle.

La mémoire et l'orientation

La perception et la fixation de ce qui est perçu fonctionnent bien.

Les lacunes de mémoire ont différentes origines; elles aussi peuvent avoir une origine affective et éssulter de ce fait que le malade ne se sert bien de son matériel de mémoires que dans la mesure où il ne contredit pas les complexes. D'autre part, du fait des troubles dans les associations le malade oublie les phénomènes qui arrivent à tort et à travers dans son âme, il oublie ses délires.

Dans son matériel le schizophrénique ne fait pas la distinction de ce qui est important et de ce qui n'est pas important car il n'a pas de but, pas d'objectif.

La démence schizophrénique

La démence schizophrénique est également un symptôme secondaire qui est fait de divers éléments.

L'activité cérébrale est commandée par les affectivités et perturbée par les troubles d'association. Il en résulte un négativisme d'ordre extérieur ou intérieur, une indifférence, des suites d'idées incomplètes, même l'élimination d'une direction vers

un but actuel. Les malades vont donc avoir des pensées et proférer des paroles qui passent à côté du but. En dernière analyse, chaque réaction du sujet, considérée isolément, apparaît avec un caractère absurde.

La logique est faussée par ce fait que des opérations logiques sont remplacées par des opérations conditionnées par l'affectivité. Certains complexes se trouvent éliminés par les troubles associatifs et, abstraction faite de ces éliminations, les affectivités s'opposent à certaines associations d'idées.

La critique est impossible parce que « l'idée critique » ne peut rejoindre celle qu'elle doit critiquer et par conséquent agir sur elle.

Les malades dans leurs actes et leur conduite agissant d'une façon lunatique au gré de leurs complexes; ou bien lorsqu'ils ont la volonté d'agir ils le font mal à cause de la logique faussée.

Les fausses interprétations de la réalité

Elles peuvent être définies soit comme idées délirantes, soit comme hallucinations ou illusions.

1^o Les idées délirantes

Le monde antiste naît dans chaque cas sous la dominance d'un des besoins essentiels de l'humanité : l'amour, la puissance ou la fortune et ce que nous trouvons comme base de l'idée délirante, c'est le complexe.

L'affectivité grâce à la dissociation des voies d'association va transformer le complexe en une idée délirante dite fondamentale (de caractère égocentrique) et ceci s'explique aisément en partant de l'homme normal. En effet, l'affectivité réfrène chez chaque homme les associations opposées et favorise les associations qui vont dans le même sens. Par conséquent, l'homme normal se trompe assez facilement sous l'influence des affectivités. Si les affinités logiques diminuent, l'influence des affectivités est augmentée. Les obstacles de la réalisation d'un désir n'existent plus dans la réflexion en rapport avec le désir : le désir obtient la valeur de réalité. Il en est de même pour l'idée délirante qui ne diffère des illusions de l'homme normal que du point de vue quantitatif.

Les détails de l'idée délirante sont des erreurs de logique. Les tendances explicatives du délirant, les tendances à rechercher des relations de cause à effet en particulier ressortent de cet élément logique. Ces idées à point de départ paralogique ne sont pas forcément égocentriques et diffèrent en cela de l'idée délirante fondamentale.

2° Les fausses interprétations sensorielles

Ce sont les illusions et hallucinations qui doivent en effet être considérées non comme un phénomène de pure perception mais comme un phénomène intellectuel et intracentral.

Entre illusion et hallucination il n'y a qu'un pas, une différence de degré. Chez le schizophrénique la

différence entre réalité et fantaisie est estompée et l'hallucination est particulièrement facile.

3° Les fausses interprétations de la mémoire

A ce point de vue deux ordres de phénomènes sont à considérer :

a) Il existe des illusions de mémoire qui proviennent de ce que chez le schizophrénique sous la double influence affective et logique les changements peuvent jouer comme ils veulent.

b) Les complexes, éliminés du conscient, créent un matériel de mémoire qui s'allie et s'amalgame au moi conscient et constitue par conséquent une influence perturbatrice de l'activité intellectuelle.

Psychopathologie des fausses interprétations de la réalité

Les fausses interprétations de la réalité (idées délirantes, hallucinations et illusions qui constituent des détails particuliers et remarquables des idées délirantes) sont liées à l'existence des complexes et il nous faut déterminer les chaînons qui unissent le délire au complexe.

Le complexe refoulé reste inconscient mais sa présence va engendrer l'idée délirante qui lui servira de façade. L'idée délirante fondamentale (idée de persécution, d'auto-accusation) sera un désir ou une crainte injustifiée ou même une idée fausse d'un

autre ordre. Cette idée s'exprimera dans le détail d'une façon incohérente (délire), c'est-à-dire qu'il ne sera pas possible, au moins de prime abord, de remonter de l'expression à l'idée elle-même. Cette idée n'est pas en réalité incohérente mais elle est seulement déformée dans son expression par sa *symbolisation*.

La symbolisation délirante n'est que l'exagération d'un phénomène normal.

Une idée définit un ensemble d'idées secondaires qui en constituent le détail, de concepts qui en sont les éléments constitutants, d'expressions verbales et motrices par lesquelles elle se manifeste au dehors.

La symbolisation d'une idée consiste à substituer un concept, par un autre équivalent, plus spécialement un concept abstrait par un concept concret et par conséquent à changer l'expression de l'idée sans changer la valeur de cette idée elle-même. Ainsi au lieu de dire d'un homme qu'il a un bel avenir devant lui on dira que l'avenir lui sourit.

La symbolisation n'est pas seulement un procédé littéraire, elle est pour l'aliéné un processus habituel pour l'expression de sa pensée.

Elle suppose la tendance aux associations par analogie.

Telle maniaque énoncera : vous êtes quatre-carré Poincaré, tendant à rapprocher deux concepts voisins : vous êtes quatre et carré, deux mots de même consonance carré et, Poincaré et il y a la symboli-

sation proprement dite d'une symbolisation par jeu de mots.

Mais l'aliéné va souvent plus loin, substituant l'un par l'autre deux concepts analogues. Une mélancolique à idées de damnation dira « je souffre de mon corps comme une damnée » et quelques instants après « je suis damnée ». Une autre à idées d'auto-accusation « je suis Landru, je suis Guillaume, je fais des morts ».

Camouflage du complexe par l'idée délirante, symbolisation de l'idée délirante tels sont donc les phénomènes qui unissent délire et complexe, et il nous faut maintenant en faire l'application à quelques cas particuliers au point de vue de Bleuler.

L'idée de mort, d'inexistence d'un époux ou d'une épouse suppose un élément sexuel insatisfait et inconscient.

L'oubli, la négation des faits désagréables pourra donc transformer la réalité selon le désir ; mais si des obstacles apparaissent pour leur réalisation le désir aboutit à une idée de persécution.

Dans un tel délire l'expression du complexe peut encore se compliquer d'une identification de l'enfant et du mari qui laisse place à une substitution de personnages.

Un délire de grossesse suppose le désir ou la crainte de l'enfantement.

Dans ces exemples le rôle de la sexualité est particulièrement apparent mais nous n'avons pas ainsi

épuisé la question. Bleuler dit qu'il n'est pas de schizophrénique (probablement d'homme normal) chez qui le complexe sexuel ne joue pas un grand rôle et chez beaucoup de malades il n'a pu trouver que des complexes sexuels. Ce qui se justifie par ce fait que la connaissance refoulée des choses sexuelles est une chose très générale.

Quelquefois la sexualité est mêlée au sentiment de la peur qui vient modifier le délire (telle malade présentera un délire fait de la peur et du désir inconscient de coucher avec son père, dont le point de départ est un traumatisme sexuel qui a été reconnu exact).

On ne s'étonnera donc pas de noter fréquemment le couteau, l'aiguille, le revolver comme symboles de l'organe sexuel mâle ; la guerre, le feu, le duel comme symboles du coït.

Derrière des idées délirantes de religion, de propreté, d'auto-accusation on arrivera à dépister un désir sexuel inconscient.

Dans le détail de l'idée délirante les préoccupations sexuelles vont être cachées par la symbolisation.

La défécation symbolise l'accouchement ; la bouche, le bas-ventre représenteront les organes sexuels.

Les hallucinations ont souvent un arrière plan sexuel et les visions qui vont de pair avec la peur seraient toujours sexuelles.

Comme nous l'avons dit cette tendance à la sym-

bolisation délirante découle directement du trouble associatif. Ainsi par exemple : des aliments qui viennent de l'asile vont signifier intérieurement et jugés de ce fait mauvais ; une malade prononcera cette phrase « elle est les cigognes ».

Parfois la tendance à symboliser se traduira par des actions symboliques (grimaces, stéréotypies).

Les symptômes catatoniques

On les connaît sous les divers termes de stupeur, négativisme, catalepsie, echopraxie, mutisme, maniérisme, stéréotypies... Il s'agit là de manière d'être de l'activité motrice mais qui pour Bleuler sont directement fonction des troubles psychiques. Nous les étudierons successivement en faisant une place particulière aux symptômes catatoniques liés à l'existence des complexes.

La *stupeur* suppose des causes psychiques multiples et variables (mais pourrait également comporter un élément physique surajouté).

Le *négativisme* s'explique par l'ambivalence qui veut que là où apparaît une suggestibilité positive il nait une suggestibilité négative de défense.

Mais le négativisme peut provenir du besoin antiste. L'aliéné s'oppose au milieu extérieur qu'il comprend mal et lorsque l'on touche à un complexe le négativisme apparaît du fait de l'antagonisme entre le complexe et ce milieu extérieur (réticences). C'est alors un négativisme actif, une

attitude offensive (et en dernière analyse la meilleure des défensives).

De même que la rupture avec le monde extérieur provoque le négativisme vis-à-vis du milieu extérieur, la rupture intra-psychique provoque le négativisme interne. Telle malade pourra être tellement dissociée que pendant qu'elle goûte avec satisfaction des friandises préparées par une autre malade, elle se justifiera en parole en disant qu'elle ne perd rien du tout en ce moment.

La *catalepsie* va de pair avec le trouble de l'écoulement de la pensée. Elle peut être une élimination de motilité. D'autre part l'autisme, l'élimination de complexes diminuent les occasions de faire des mouvements.

Les *grimaces* sont également d'ordre psychique (expression symbolique des complexes).

On peut expliquer l'*échopaxie* de la manière suivante : à l'état normal, la perception d'un mouvement provoque une excitation à l'imitation qui est neutralisée par d'autres associations. Mais si les associations se font mal, l'échopraxie pourra apparaître. Bleuler dit d'ailleurs que nous ne connaissons pas en son entier la genèse de l'échopraxie.

Le *mutisme* est une localisation de la catalepsie ; ou bien c'est un mutisme actif et des idées délirantes sont alors en jeu (homologie avec la stupeur).

Certains symptômes catatoniques sont spécialement fonction des complexes. L'élimination des complexes explique les automatismes (obsessions,

actions automatiques). Au contraire l'activité d'autres complexus aboutira par exemple au rire immotivé.

Le *maniérisme* s'explique par une action durable des complexus, en particulier du complexus de noblesse.

Le *puérilisme* est la persistance d'une attitude en rapport avec un complexe d'enfant. Le fait de se mettre le doigt dans la bouche ou dans l'oreille serait en particulier lié à un complexus d'onanisme.

Les *stéréotypies* supposent une disposition première mais le complexus serait la cause déterminante et déterminerait le contenu de la stéréotypie.

CHAPITRE III

LA THÉORIE DE LA MALADIE

ETIOLOGIE. — La conception de la maladie est donnée avec la distinction de symptômes primitifs, et de symptômes secondaires et nous arrivons à admettre l'existence d'un processus qui provoque directement les symptômes primitifs, tandis que les symptômes secondaires consistent tantôt en fonctions psychiques dans des conditions changées tantôt en des efforts d'adaptation plus ou moins heureux aux symptômes primitifs (néguvisme, autisme).

Il reste à savoir en quoi consiste le processus de la maladie et deux hypothèses s'offrent à nous : le processus est psychique et la maladie est purement fonctionnelle ou bien le processus est biologique et la maladie a pour origine les lésions anatomiques constatées à l'autopsie des déments précoces. Bleuler admet que les deux processus vont concourir à la constitution de la maladie et il en conçoit le mécanisme de la façon suivante :

Le trouble cérébral (anatomique ou chimique)

évolue d'une façon *chronique* avec des poussées aiguës et des rémissions ; il engendre les symptômes primitifs (friabilité des associations, peut-être la disposition aux hallucinations et aux stéréotypies, une partie des syndromes maniaques et dépressifs). Au cours de poussées aiguës il peut provoquer des états de confusion et de stupeur. Quant aux autres symptômes psychiques ils naissent indirectement et sont sous la dépendance du processus psychique.

La maladie en tant que processus psychique commence presque toujours, ou toujours, d'une façon indolente, elle reste d'abord latente, jusqu'au moment où une poussée aiguë produit des symptômes primitifs très prononcés ou jusqu'au moment où un choc psychique produit des symptômes secondaires très intenses. Bien entendu il n'est pas dit que les poussées aiguës du processus cérébral et de l'aventure psychique déterminante soit absolument indépendantes l'une de l'autre. Il n'y a qu'un traumatisme psychique grave qui puisse déclencher la maladie manifeste sur le terrain d'une altération cérébrale peu intense. Mais selon la rapidité du processus, selon la gravité de l'altération organique il suffit de causes peu importantes pour produire des troubles plus graves, jusqu'au moment où finalement les difficultés de la vie journalière sont capables de troubler l'équilibre labile.

De l'existence d'une dualité du processus pathologique résulte une conséquence importante : il n'existe pas un parallélisme obligatoire entre l'évolu-

tion des symptômes et de trouble cérébral (possibilité d'un arrêt de la maladie avec persistance de lésions).

Parmi les facteurs étiologique *l'âge* joue un rôle capital et la maladie apparaît plus volontiers entre 15 et 25 ans c'est-à-dire pendant la période de la post-puberté. On peut penser que ce fait est en rapport avec l'éveil de la sexualité (et par conséquent des complexus les plus puissants) avec les difficultés de l'entrée dans la vie et probablement d'autres *causes* qui restent à déterminer.

FORMES CLINIQUES. — Nous n'avons pas à revenir sur la symptomatologie et la psycho pathologie des symptômes qui ont été étudiés dans le chapitre précédent. Nous avons dit d'autre part déjà que le tableau clinique se définissait par la perte du contact vital avec la réalité.

On ne connaît aucune base rationnelle pour la classification des schizophrénies et on ne peut parler que de « sous-groupe » ou encore de types cliniques qui sont la schizophrénie simple, l'hébéphrénie, la catatonie et la paranoïdie (ou forme paranoïde de la schizophrénie).

La schizophrénie apparaît tout d'abord comme un cadre fait pour se substituer à celui de la démence précoce de Kraëpelin. A cette parenté statique s'adjoint une parenté dynamique. Comme la démence précoce la schizophrénie en prenant connaissance d'elle-même tend à étendre son domaine. La paranoïdie englobe jusqu'à certaines formes de paranoïa et Bleuler dit : « Je tiendrais volontiers pour tout à fait

vraisemblable qu'il arrivât plus souvent qu'on ne le croit qu'une paranoïa initialement pure se complique plus tard de symptôme schizophrènes » (1) et le traducteur ajoute « démence précoce, délires chroniques divers et accessoirement certaines mélancolies délirantes, le syndrome de Cotard, le délire alcoolique, certains d'hystérie et de psychasthénie — et nous en oublions — forment pour l'école de Zurich un vaste groupe indivis dans lequel, comme nous l'avons vu plus haut, Bleuler et ses commentateurs ne voient pas actuellement possibilité d'établir une classification » (2)!!!

EVOLUTION. PRONOSTIC. — La notion de schizophrénie ne nous apporte aucun renseignement précis pour l'évolution et le pronostic. « Comme la schizophrénie peut à chaque période s'arrêter court et à chaque instant faire des progrès ou produire des syndromes aigus, il est impossible de poser un pronostic spécial déterminé. Des améliorations ainsi que des états chroniques sont théoriquement toujours possibles (3). »

1. Nayrac, *Essai sur la démence paranoïde*, p. 56.

2. *Idem*, p. 57.

3. Bleuler traduit par Nayrac, *Démence paranoïde*, p. 58.

CHAPITRE IV

CRITIQUE DE LA THÉORIE

Cliniquement, la schizophrénie est un ensemble de symptômes : un syndrome. Au point de vue pathologique, Bleuler en fait une maladie mentale. Cette façon de voir les choses donne lieu à des discussions et il serait nécessaire « de préciser les conditions nécessaires et suffisantes qu'on croit devoir exiger pour que la qualification de « maladie mentale » puisse être appliquée à une manifestation ou à un processus morbide » (1). En réalité, si avec Bleuler l'on attribue à l'association des idées la valeur d'une fonction psychique les symptômes nous apparaissent comme unis par un lien fonctionnel et non étiologique. Si bien qu'au point de vue pathologique comme au point de vue clinique c'est l'appellation de syndrome qui nous paraît la plus justifiée pour caractériser la schizophrénie.

Mais, si nous laissons de côté cette discussion grammaticale, une question beaucoup plus importante se pose à nous. Ce groupement syndromique

1. Minkowski, *Encéphale*.

est-il légitime et susceptible de nous servir de base à une classification rationnelle des troubles mentaux ?

M. Nayrac remarque judicieusement qu' « il n'est pas scientifique de désigner une maladie par le nom d'un de ses symptômes, quand ce symptôme n'est pas spécifique et l'on ne peut soutenir, sans pétition de principe, que la schizophrénie soit un symptôme spécifique de démence précoce et rien que de démence précoce. Appeler pneumonie « matité thoracique » nous amènerait à ranger dans le cadre de la pneumonie, la pleurésie séro-fibrineuse... De la même façon, appeler la démence précoce schizophrénie va nous amener à faire entrer dans la démence précoce tous les tableaux cliniques présentant quelque dislocation de la personnalité ; certaines mélancolies, syndrome de Cotard, un nombre considérable de délires chroniques et combien d'autres. La psychiatrie entière tend à être absorbée par la schizophrénie ».

Et l'auteur conclut : « Mélanger et synthétiser sont deux actes différents. En les confondant on renonce à faire œuvre utile. »

M. Minkowski, tout en se posant en défenseur de la schizophrénie avoue son impuissance à édifier une classification basée sur le concept, car il n'entrevoit pas « l'existence de conceptions-sœurs et de conceptions-filles, c'est-à-dire de concepts qui lui seraient en tous points coordonnés ou subordonnés ».

La notion de schizophrénie nous paraît mettre en

valeur un seul fait utile : les états mentaux avec désagrégation psychique sont de mauvais pronostic, et ils sont à opposer à ceux qui dépendent d'un état d'anxiété ou d'excitation, ou d'autre part d'un état d'affaiblissement intellectuel. Il semble en somme que Bleuler nous ramène par un long détour à des idées très classiques et... (il faut bien le dire) qui ne sont que d'un bien modeste appoint pour la connaissance et en particulier pour le pronostic des troubles mentaux.

TROISIÈME PARTIE

M. JANET. LA PSYCHASTHÉNIE ET LA TENSION PSYCHOLOGIQUE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'état mental des obsédés, la psychasthénie, la théorie de la tension psychique, les médications psychologiques

On peut schématiser une partie importante de l'œuvre de Janet de la façon suivante.

Il précise les caractères cliniques des obsessions, décrit toute une série de troubles mentaux qui coexistent à celles-ci. En somme on peut dire qu'au point de vue clinique pur M. Janet a apporté une étude très précise des *obsessions* et de *l'état mental des obsédés* avec ses quatre catégories de symptômes :

- Les symptômes obsessionnels ;
- Le sentiment d'incomplétude ;
- Les insuffisances psychologiques ;
- Les insuffisances physiologiques.

Cette première partie de son œuvre ayant un caractère purement analytique nous n'avons pas à nous y arrêter.

Parti de l'observation clinique Janet cherche à établir la hiérarchie des différentes catégories de symptômes étudiés.

L'inadaption à la réalité devient le symptôme dont découlent tous les autres (*symptôme dominateur*). Il exprime ce lien en disant que chez ces malades il y a *perte de la fonction du réel* et il définit ainsi une entité nouvelle la *psychasthénie*.

Il établit ensuite les frontières de cette maladie qu'il situe parmi les psychonévroses aux côtés de la neurasthénie et de l'hystérie, précise ses limites en opposant, la psychasthénie aux symptômes dépressifs qui accompagnent dans leur début certaines psychoses telles que mélancolie, P. G., D. P. et qui cliniquement s'identifient aux symptômes psychasthéniques.

En somme il s'agit d'une entité précise, définie au point de vue psycho-pathologique et l'on peut dire que Janet a édifié la *théorie psycho-pathologique de la psychasthénie*.

Mais M. Janet remonte au delà dans le processus causal de cette maladie et fait intervenir un facteur pathogénique plus général : la baisse de la *tension psychologique*. Il en arrive à édifier toute une psychologie et une théorie psycho-pathologique qui, nées sur le terrain de la psychasthénie, en débordent le cadre et dominant en particulier ses conceptions de

la thérapeutique en médecine mentale : *les médications psychologiques*.

Suivant un ordre didactique, nous avons donc successivement à considérer :

- 1° Tension et force psychologique ;
 - 2° La théorie psycho-pathologique basée sur la notion de tension psychologique ;
 - 3° Les médications psychologiques ;
 - 4° La psychasthénie et les autres maladies mentales en face de la théorie de la tension.
-

CHAPITRE II

QUELQUES CONCEPTIONS PSYCHOLOGIQUES GÉNÉRALES DE M. JANET

La tendance à l'action. La tension et la force psychologique

Pour Janet l'activité psychique s'exprime non pas par des états de conscience mais par des paroles, des actes, par l'activité motrice. Cette activité psychomotrice est constituée d'activités élémentaires : les *tendances à l'action*.

La tendance à l'action sera dite *réaliste* si elle aboutit à une action immédiate ; elle sera une *tendance rationnelle* si elle engendre la pensée qui est en dernière analyse de l'action à l'état potentiel.

A un autre point de vue les tendances à l'action doivent être distinguées suivant la *tension et la force psychologique* qu'elles comportent et il nous faut préciser ces deux termes.

La *tension psychologique* peut être définie par convention : La réunion de deux phénomènes « une synthèse nouvelle, une forte concentration et des faits de conscience très nombreux (1) ».

1. P. Janet, *Les obsess. et la psychasthénie*, t. I, p. 505.

La notion de tension psychique est donnée par ce fait d'observation courante que « les opérations de l'esprit comportent une hiérarchie dans les degrés de facilité (1) ». Cette hiérarchie est mieux mise en relief au cours de la fatigue ou de l'état de maladie, aussi M. Janet dit-il qu'il faut l'étudier « non d'après nos sentiments et nos préférences personnelles mais d'après la fréquence et l'ordre de la disparition de ces phénomènes chez les malades » (2). De cette observation l'auteur conclut que « les opérations les plus difficiles se rapportent à la fonction du réel » (3) et d'une façon plus générale il établit le tableau hiérarchisé des opérations de l'esprit que voici :

Hiérarchie des phénomènes psychologiques

I. — La fonction du réel	L'action	L'action efficace sur la réalité	sociale. physique.
		L'action nouvelle avec sentiment	d'unité. de liberté.
	L'attention dans	la perception avec sentiment de réalité.	
		la certitude, la croyance.	
		la perception d'objets nouveaux.	
	la perception de la personne	avec sentiment de réalité.	
		avec sentiment d'unité.	
	La présentification, la perception et la jouissance du présent.		

1. 2. 3. P. Janet, *Les obsessions et la psychasthénie*, t. I, 1908, p. 484.

II. — <i>L'activité désintéressée</i>	{	L'action habituelle	{	du présent.
		L'action sans le sentiment		de l'unité.
				de la liberté.
		La perception sans le sentiment de la certitude, avec le sentiment vague du présent.		

III. — <i>Les fonctions des images</i>	{	La réserve purement représentative.
		L'imagination.
		Le raisonnement abstrait.
		La rêverie.

IV. — <i>Les réactions émotionnelles viscérales</i>	{	systématiques.
	{	diffuses.

V. — <i>Les mouvements musculaires inutiles</i>	{	systématiques.
	{	diffus.

« Ce tableau est évidemment très sommaire, beaucoup de degrés intermédiaires sont omis, la place exacte de telle ou telle opération soulèverait bien des difficultés (1) », mais il permet de constater « un certain ordre hiérarchique dans la faculté croissante des opérations de l'esprit » (2).

Ainsi donc la tension psychologique est en quelque sorte un phénomène mesurable et nous pouvons dire que *le degré de tension psychologique* ou l'élévation du niveau mental se manifeste par le degré qu'occupent dans la hiérarchie les phénomènes les plus élevés auxquels le sujet peut parvenir (3).

Quand à la force psychologique M. Janet la définit en disant que : « Les diverses tendances n'ont pas seulement une tension en rapport avec leur degré

1. 2. *Les obsessions et la psychasthénie*, t. I, p. 498, 1908.

3. P. Janet, *les Obsessions et la psychasthénie*, t. I, 1908, p. 506.

hiérarchique et le degré d'activation auquel elles peuvent parvenir, mais elles ont aussi une force psychologique. Il entend par là qu'elles peuvent en s'activant déterminer des mouvements plus ou moins puissants, rapides ou prolongés » (1).

1. P. Janet, *Les médications psychologiques*, t. II, p. 292.

CHAPITRE III

ESSAI DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

I. — Etiologie-pathogénie

Janet (en particulier dans son étude sur la psychasténie) passe en revue toute une série de circonstances qui provoquent une baisse de la tension psychologique, une insuffisance morbide de l'activité psychique, si bien que la baisse de la tension psychologique apparaît comme un processus pathologique.

Les maladies, la fatigue et les émotions peuvent en constituer les facteurs étiologiques. Les circonstances psychologiques et surtout psycho-sociales qui comportent des actions psychiques de trop haute tension en constituent également des facteurs importants ; car c'est l'« inachèvement des opérations supérieures sans cesse recommencées qui explique le plus souvent l'épuisement consécutif » (1).

Parmi les circonstances épuisantes de la vie M. Janet cite entre autres l'entrée dans la vie, les salons, les examens, les luttes, les dangers, les fiançailles, le

1. P. Janet, *Les médications psychologiques*, t. II, p. 78.

mariage, les changements de situation et malgré un apparent paradoxe le passage du travail au repos ou aux vacances.

Une question se pose. Quel est le domaine pathologique de la tension psychique ? La notion de tension psychique et de ses variations est née de l'observation des états obsessionnels et M. Janet considère la psychasthénie comme le type des maladies mentales par baisse de cette tension. Mais il dit, d'autre part « qu'il est évident qu'au début cet abaissement de la tension nerveuse et de la tension psychologique n'a rien de caractéristique et qu'il se retrouve à peu près le même au point de départ d'un grand nombre de névroses et même de psychoses » (1).

Janet trouve même à la base de tous les désordres mentaux ces troubles de la force et de la tension psychologique, si bien que cette notion domine son étude sur les médications psychologiques.

1. Janet, *Obsessions et la psychasténie*, t. II, p. II.

CHAPITRE IV

ESSAI DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

II. — Psychothérapie et tension psychologique

Janet s'écartant un peu des définitions généralement admises énonce que « la psychothérapie est une application de la science psychologique au traitement des maladies » (1).

Son livre, *les Médications psychologiques*, est un exposé de psychothérapie des troubles mentaux basé sur la notion de tension et de force psychologiques.

Dans son introduction à cette étude il dit qu'« à tort ou à raison (il) fonde de grands espoirs, aussi bien pour la science psychologique que pour la psychothérapie qui doit en faire l'application pratique, sur l'étude de ces caractères de la conduite que l'on peut appeler les degrés de force et de tension psychologiques, sur l'étude des diverses oscillations de l'activité mentale... »

Puis il précise le principe de son travail qui « essaye d'aborder un problème encore bien peu

1. P. Janet, *Médic. psychol.*, t. III. Conclusions.

connu, le problème de l'administration économique des forces de l'esprit ».

En réalité, les procédés thérapeutiques qu'il propose sont les procédés classiques en médecine mentale et pour la plupart encore admis de tous, mais il cherche au moyen de la notion de la tension psychologique à en faire la synthèse.

La thérapeutique comporte trois objectifs différents : utiliser les forces psychologiques restantes, les économiser ou en acquérir de nouvelles d'où trois groupes de procédés :

La suggestion ou utilisation de l'automatisme.

Les économies psychologiques.

Les acquisitions psychologiques.

I. — LA SUGGESTION OU UTILISATION DE L'AUTOMATISME

Pour M. Janet, l'état mental qui constitue le terrain de la suggestion (hystérie en particulier) est « un état de distraction naturelle et perpétuelle qui empêche ces personnes d'apprécier aucune autre idée en dehors de celle qui occupe actuellement leur esprit » (1) et il dit encore : « Nous pouvons aujourd'hui aller un peu plus loin dans la même voie et mieux comprendre cette diminution de la synthèse psychologique en la rattachant aux abaissements

1. P. Janet, *les Médications psychologiques*, t. I, p. 249.

de la tension psychologique dont elle n'est qu'une forme particulière (1). »

La suggestion est « une réaction particulière à certaines perceptions ; cette réaction consiste dans l'activation plus ou moins complète de la tendance évoquée, sans que cette activation soit complétée par la collaboration du reste de la personnalité » (2). En somme « la suggestion se présente comme la provocation d'une impulsion à la place de la réalisation réfléchie (3). »

Si nous considérons la suggestion au point de vue strictement thérapeutique on est donc amené à dire « qu'elle consiste à provoquer, sous la force d'une impulsion, le fonctionnement d'une tendance que le sujet ne peut obtenir sous la forme d'une volonté personnelle. Nous substituons simplement l'assentiment immédiat à l'assentiment réfléchi, nous faisons appel aux activités inférieures, à *l'automatisme* (4) ».

Ainsi donc « la suggestion se borne à éveiller, à diriger des activités latentes, elle suppose leur existence. Il ne s'agit pas dans ces traitements de fortifier l'activité nerveuse et mentale, de lui créer des forces nouvelles, il s'agit simplement d'utiliser les ressources que la pensée possède déjà (5). »

1. 2. 3. P. Janet, *les Médications psychologiques*, t. I, p. 249-252-285.

4. P. Janet, *Les Médications psychologiques*, t. I, p. 340.

5. P. Janet, *Les Médications psychologiques*, t. I, p. 340.

II. — LES ÉCONOMIES PSYCHOLOGIQUES

Dans cette catégorie M. Janet place des « traitements » qui (lui) paraissent présenter des caractères communs et pouvoir être considérés comme des méthodes d'économie mentale, cherchant à diminuer le travail de l'esprit et à réserver ses forces (1). »

Ces traitements sont le repos, l'isolement et les traitements par la liquidation morale sur lesquels il nous faut insister quelque peu.

La psycho-analyse serait le procédé thérapeutique type par liquidation morale. Mais M. Janet ne l'admet pas et imagine un procédé analogue qui en découle et qu'il appelle « Les traitements par la réintégration dans la conscience ; par la dissociation et par l'assimilation des réminiscences (2). »

La dissociation et l'assimilation des réminiscences lui apparaissent comme les adjuvants souvent indispensables de la réintégration dans la conscience.

« J'ai considéré un souvenir et en particulier une idée fixe comme une construction, un système composé d'une foule de phénomènes psychologiques associés les uns avec les autres. Les éléments sont quelques tableaux visuels, des images empruntées à différents sens, un petit nombre de tendances motrices et surtout des phrases, des mots. Ce sont souvent les mots qui incarnent l'idée fixe et qui servent

1. P. Janet, *Les Médications psychologiques*, t. II, Introduction

2. P. Janet, *Les Médications psychologiques*, t. II, p. 280.

souvent à évoquer tout le reste. J'ai cherché à décomposer ce système en le démolissant pour ainsi dire pierre par pierre : c'est ce que j'ai appelé la dissociation de l'idée fixe » (1). Quant au phénomène d'assimilation, il appartient au problème « de l'action, de l'éducation et de l'excitation » et par conséquent relève de la dernière catégorie de médications : les acquisitions psychologiques.

La liquidation morale peut encore être réalisée au moyen du *traitement par la décharge*.

Freud a pour objectif thérapeutique la décharge des complexes par le transfert et la sublimation de l'affekt. M. Janet reprend la même conception et la traduit dans son langage psychologique : La Force Psychologique comme l'affekt a la propriété de pouvoir se déplacer d'une tendance sur une autre ; la décharge d'une tendance de basse tension sera réalisée soit par le déplacement de sa force psychologique sur une tendance de haute tension, soit par sa neutralisation (action de la fièvre, du bromure (?) des opiacées (?)) soit par sa réalisation (agitation motrice).

Lorsque l'on impose à un malade qui a des obsessions, de l'anxiété, des agitations motrices « des travaux de recherche dans le passé, des démarches et des aveux » on réalise un déplacement de la Force psychologique de tendances de basse tension par des tendances de haute tension : la notion de décharge nous apporte donc une interprétation des

1.-2. P. Janet, *Les médications psychologiques*, t. II, p. 287.

traitements par la réintégration dans la conscience, par la dissociation et l'assimilation des réminiscences.

Si on ne peut déplacer les forces psychologiques M. Janet estime que « il est dans certains cas avantageux de dissiper les forces surabondantes d'une manière quelconque de manière à rétablir la proportion entre la force et la tension, car le rétablissement d'un certain équilibre entre une tension faible et des forces réduites par la décharge permettra une activité inférieure sans doute mais plus correcte et moins dangereuse » (1).

III. — LES ACQUISITIONS PSYCHOLOGIQUES

Sous cette rubrique, M. Janet étudie des thérapeutiques « qui ont la prétention non seulement d'utiliser et de conserver ce que le malade possède mais encore de lui faire acquérir des tendances nouvelles, d'augmenter ses forces ou de lui faire récupérer celles qu'il a perdues » (2).

Ces thérapeutiques peuvent être étudiées « à propos de trois procédés principaux : l'éducation, l'excitation et la direction » (3).

1° Les traitements par l'éducation.

L'éducation est un procédé de psychothérapie classique, mais M. Janet l'incorpore à sa théorie

1. M. P. Janet, *Les médications psychologiques*, t. II, p. 302.

2-3. P. Janet, *Les médications psychologiques*, t. III, introduction.

générale en disant « il est naturel que l'on ait essayé d'appliquer (les) procédés d'éducation au traitement de certains malades quand leur trouble semble précisément consister dans *l'incapacité d'exécuter un certain acte*. Il suffira de leur apprendre à exécuter cet acte et ce sera d'autant plus facile que le plus souvent ils ont su autrefois exécuter ce même acte correctement. Il est vraisemblable que leur organisme a conservé des *traces de cette tendance* qui autrefois était complète. Ces traces persistantes faciliteront l'éducation qui le plus souvent sera une rééducation (1) ».

1. Les aesthésiogénies

A l'encontre de la plupart des psychiatres modernes M. Janet est resté fidèle à la tradition de l'école de Charcot, il conserve les termes (1) *aesthésiogénie*, *hypnotisme*, *somnambulisme* et fait jouer à ces phénomènes un rôle thérapeutique.

« Le nom d'*aesthésiogénie* est le nom général proposé par Charcot pour désigner tous les agents naturels (électricité...) ou les procédés (passes hypnotiques, ordres...) qui, ainsi que les métaux, ont une action spéciale sur la sensibilité et quelques autres fonctions (2). »

Pour l'école de Charcot le *somnambulisme* est un

1. P. Janet, *Les médications psychologiques*, t. III, p. 27.

2. P. Janet, *Les médications psychologiques*, t. II, p. 82.

état particulier du sujet soumis aux aesthésiogénies et qui est dû à la mise en œuvre d'un phénomène spécial : l'*hypnotisme*.

L'hypnose consiste essentiellement dans une influence psychique du médecin sur son sujet.

Le terme après avoir fait fortune disparaît. Sous l'influence de Bernheim et de *l'école de Nancy* les faits de suggestion englobent l'hypnose et le somnambulisme.

M. Sollier en voulant défendre l'hypnose offre des faits d'ordre nettement suggestifs et livre encore davantage l'hypnose à la critique.

M. Janet cherche à réhabiliter l'hypnose en l'opposant à la suggestion.

Pour cet auteur « la suggestion est une tendance qui, aussitôt éveillée au stade de l'idée, passe automatiquement à la volonté ou à la croyance sans être soumise à la réflexion et se transforme en impulsion » (1).

D'autre part, sous le nom de *somnambulismes complets*, il décrit des états « de restauration momentanée » (2) qui sont une « réapparition de l'état de veille normale du sujet » (3) et comme un état sain transitoire.

Il y a là plus que « le résultat d'une suggestion ou d'un dressage » (4) et il admet que « le somnam-

1. P. Janet, *Les Médications psychologiques*, t. III, 102.

2. M. Janet, *Les Médications psychologiques*, t. III, p. 75.

3. M. Janet, *Les Médications psychologiques*, t. III, p. 75.

4. M. Janet, *Les Médications psychologiques*, t. III, p. 131.

bulisme complet contient sous une forme particulière, déterminée par l'hypnotisme, une transformation de l'état mental. Sous l'influence d'une excitation » (1) il distingue donc la *suggestion* qui est un appel à l'automatisme, de l'*hypnose* qui est un appel à l'excitation et dans laquelle par conséquent le sujet « interviendrait activement » (2).

Au cours des aesthésiogénies la suggestion et l'hypnose interviennent simultanément, intriquant leurs effets et c'est faute d'avoir su les dissocier l'une de l'autre que l'on en est arrivé à reconnaître l'hypnose.

En conclusion :

1° L'hypnose est un phénomène différent de la suggestion et propre aux aesthésiogénies.

2° « Dans tous les procédés de traitement qui semblent de près ou de loin se rattacher aux aesthésiogénies il y a probablement les germes d'une thérapeutique mais il n'y a pas encore les règles d'une thérapeutique régulièrement applicable.

3° Cette thérapeutique se rattache aux méthodes psychothérapiques qui font appel à l'excitation et que nous allons maintenant étudier.

2° Les traitements par l'excitation

La pratique de la psychothérapie apprend que l'action dans certaines conditions peut aussi bien

1. M. Janet, *Les Médications psychologiques*, t. III, p. 131.

2. M. Janet, *Les Médications psychologiques*, t. III, p. 102.

que le repos être utile au rétablissement des malades.

« A l'inverse des actions déprimantes qui sont à beaucoup de points de vue des actions avortées et insuffisantes, les actions qui ont été excitantes sont des actes complets qui ont réussi (1). »

« L'excitation est la conséquence des actions réussies physiquement, socialement, psychologiquement, qui ont pu être poussées jusqu'à leur dernier terme avant que l'épuisement ne les arrête. Au contraire, nous voyons l'épuisement apparaître dans d'autres actions, leur donner dès le début ou à différents degrés de leur accomplissement des caractères de tension insuffisante et engendrer à leur suite une dépression de plus en plus grande. Le succès engendre le succès, l'insuccès est le point de départ de l'insuccès. »

Comment expliquer le mécanisme de l'action excitante ? « On ne peut qu'interpréter grossièrement (les faits) et les grouper par des théories toutes conventionnelles (1). »

Dans certains cas, il y a un appel aux mécanismes déjà définis de la *liquidation* et de la *décharge*.

Dans d'autres cas l'action excitante produit soit une mobilisation judicieuse, soit une mise en réserve et un bon placement des *forces psychologiques*. Enfin une élévation de la *tension psychologique* peut être obtenue par « induction ou irradiation psychologique » de l'acte excitant sur l'activité générale.

1. M. Janet, *Les médications psychologiques*, t. III, p. 213.

**3° Les médications physio-psychologiques
et la direction morale**

Les acquisitions psychologiques ne sont pas uniquement obtenues par l'excitation directe de la force et de la tension psychologique. On conçoit que des causes indirectes peuvent les influencer. C'est ainsi que nous sommes amenés à donner leur place aux traitements physio-psychologiques qui font intervenir les rapports réciproques du physique et du moral ; à la direction morale qui se présente à la fois comme la condition des divers procédés psychothérapiques et comme la mise en jeu des phénomènes d'interpsychologie qui unissent médecin et malade (suggestion, amour sexuel, besoin d'un soutien).

CHAPITRE V

LA TENSION PSYCHOLOGIQUE ET LES MALADIES MENTALES

I. — NÉVROSES ET PSYCHONÉVROSES

Pour en finir avec la conception de tension psychologique il nous faut déterminer comment elle s'adapte aux divers états morbides qu'elle permet d'expliquer.

Nous avons dit que la psychasthénie est une psychonévrose, que l'auteur situe aux côtés de l'hystérie et de l'épilepsie.

Qu'est-ce donc qu'une psychonévrose ?

La genèse de ce terme est comme le reflet de l'évolution de la neuro-psychiatrie au cours du XIX^e siècle.

On décrivait primitivement sous le nom de névroses toutes les maladies du système nerveux à « lésions ignorées » (1). Par conséquent les névroses s'opposent aux maladies organiques du système nerveux.

Les *vésanies* sont les névroses localisées à l'encéphale.

1. Professor Raymond, *Névroses et psychonévroses*, p. 3.

Les *psychoses* réunissent toutes les maladies qui se présentent essentiellement comme des troubles de l'activité psychique, c'est-à-dire les vésanies et les maladies mentales avec lésions organiques reconnues.

Les neurologistes, observant des cas de névroses, reconnurent que leurs malades présentaient, pour la plupart, des troubles mentaux associés et qu'ils tendaient à considérer comme secondaires aux troubles névrotiques. Ils créent donc aux dépens des névroses le groupe des *psychonévroses*. Quant au groupe des névroses il se démembrait tant au bénéfice des psychonévroses que des malades à lésion organique du système nerveux.

Les psychiatres de leur côté achèvent de détruire la barrière entre psychoses et névroses. Ils en viennent avec Schule et les Allemands à grouper psychoses et névroses sous le vocable unique de psycho-névrose ; terme purement clinique qui ne tend nullement à préjuger si c'est l'élément psychotique ou l'élément névrotique qui est le fait primitif.

Pour suivre Janet (aussi bien que Freud), il est nécessaire de revenir au groupement en névroses et psycho-névroses des neurologistes français. Mais nous ne sommes pas arrivés à nous faire une idée de la véritable valeur dogmatique de ces deux termes.

Dans tous les cas dans le chapitre des psychonévroses, Janet étudie la neurasthénie, la psychasthénie, l'hystérie, l'épilepsie.

II. — LES PSYCHONÉVROSES

Psychasthénie, neurasthénie, épilepsie, hystérie

Parmi les psychonévroses, M. Janet étudie principalement la psychasthénie ; mais il applique d'autre part sa théorie de la tension à la neurasthénie, l'épilepsie et l'hystérie.

Nous aurons donc à étudier successivement :

A) La psychasthénie

DÉFINITION. — La psychasthénie est une psychonévrose caractérisée cliniquement par trois groupes de symptômes : l'obsession ; les agitations forcées, la dépression psychique.

ÉTIOLOGIE. — « Les conditions qui semblent déterminer l'éclosion de cette maladie sont d'abord des conditions essentielles prédisposantes sous la dépendance de l'hérédité et de la constitution individuelle, puis des conditions accidentelles, en rapport avec des troubles physiques ou moraux qui déterminent l'éclosion de la maladie (1). »

PATHOGÉNIE. — « Le problème de l'interprétation psychologique de cette maladie consiste à savoir lequel des trois groupes de symptômes doit être considéré comme le plus important et comme le point de départ des deux autres ». Il en résulte qu'il y aura

1. P. Janet, *Psychasthénie et obsessions*, t. I, 616.

théoriquement trois groupes de théories principales, suivant que l'on perdra pour point de départ l'un de ces groupes ou l'un des phénomènes appartenant à tel ou tel de ces groupes.

On aura ainsi des *théories intellectuelles* qui mettront au premier rang l'obsession proprement dite ou l'idée qui tourmente le sujet.

On aura des théories qui prendront pour point de départ l'une des agitations forcées et le plus souvent des attaques d'angoisse, il en résulte que les théories de ce groupe seront surtout des *théories émotionnelles*.

Enfin il est naturel de concevoir des interprétations qui s'appuient sur le troisième groupe de faits, qui accordent la plus grande importance aux insuffisances psychologiques et en particulier aux aboulies et que l'on peut appeler des *théories psychasténiques* » (1).

La théorie de M. Janet est une théorie psychasthénique et elle interprète les faits de la façon suivante :

La baisse de la tension psychologique provoque un « trouble de l'appréhension du réel par la perception et par l'action » autrement dit *la perte de la fonction du réel* (aboulie, amnésies, indifférence...).

Les malades ont le sentiment que leur activité mentale est incomplète d'où *sentiment d'incomplétude morale* (sentiment d'indifférence, d'étrangeté).

1. P. Janet, *Psych. et obs.*, t. I, p. 456.

Ainsi se trouve réalisé un premier groupe de symptômes que l'on peut appeler les *stigmates psychasténiques*.

En dehors de ceux-ci existent d'autres symptômes qui sont les obsessions et les agitations forcées qui réalisent les *périodes paroxystiques*.

« Les tendances supérieures ne peuvent plus parvenir à un haut degré de réalisation (1). » La force psychologique se déplace des tendances à haute tension vers les tendances inférieures qui sont « agitées par une sorte de dérivation » (2) d'où l'existence d'*agitations forcées* (agitation, angoisse)...

Aussi bien dans le domaine rationnel la baisse de tension est susceptible de créer « des systèmes d'images avec développement incomplet » (3) et c'est ainsi que l'on peut interpréter l'existence des *obsessions* dans la psychasténie.

Les symptômes psychologiques s'accompagnent de symptômes anatomo-physiologiques qui dénotent un hypofonctionnement d'un ou de plusieurs organes.

On peut dire qu'il y a baisse de la *tension nerveuse*; celle-ci est aux fonctions organiques ce que la tension et la force psychologiques sont à l'activité psychique.

SYMPTOMATOLOGIE. FORMES CLINIQUES. — Nous n'avons pas ici à reproduire le tableau clinique de

1. P. Janet, *Méd. psych.*, t. II, 26.

2. P. Janet *Méd. psych.*, t. II, 26.

3. P. Janet, *Ps. et obs.*, t. I, p. 609.

l'affection. Disons seulement que parmi les formes cliniques on distingue des psychasthénies *constitutionnelles* et *acquises* suivant que l'un ou l'autre des éléments étiologiques prédomine. En réalité, il existe tous les types intermédiaires. La distinction n'en conserve pas moins une valeur au point de vue pronostic car, comme il est facile de le concevoir, la maladie est d'autant plus aisément curable qu'elle a un caractère acquis, accidentel.

COMPLICATIONS. — La psychasthénie peut se compliquer « d'aliénation mentale », la baisse de la tension après avoir détruit « les fonctions supérieures du réel » trouble « des fonctions plus élémentaires » (1). C'est ainsi qu'elle peut engendrer une mélancolie anxieuse, des délires systématisés (en particulier délire de persécution), donner lieu à une psychasthénie délirante avec croyance de l'idée primitivement obsédante, à un état de confusion mental ; elle peut enfin aboutir au suicide.

TERMINAISON. — En dehors de ces complications la psychasthénie peut réaliser une maladie chronique sans démence mais avec un profond état d'inertie et d'isolement, ou bien plus souvent se terminer par la guérison, mais avec pronostic d'avenir réservé (persistance d'un léger état dépressif, possibilité de rechutes).

DIAGNOSTIC. — Nous avons vu que la psychasthénie peut se compliquer d'une psychose (mélancolie

1. P. Janet, *Les obsessions et la psychasthénie*, t. I, p. 671.

anxieuse, délires systématisés). Les psychoses peuvent d'autre part présenter des prodromes qui s'identifient aux symptômes psychasthéniques et qui tendent à estomper les barrières qui ont été élevées entre elles et la psychasthénie.

« Certainement beaucoup de maladies mentales ont une période prodromique dans laquelle il y a de la confusion, de la tristesse, des rêveries et même des idées irrésistibles dont le malade ne se sent pas le maître. Mais si on veut bien faire l'analyse psychologique de ces prodromes on n'y verra pas les caractères de l'insuffisance mentale de l'obsédé, de cette insuffisance si particulière qui ne porte que sur les fonctions du réel et qui laisse intactes les opérations intellectuelles proprement dites (1). » Enfin ces prodromes sont, par définition même, transitoires et de plus s'accompagnent des symptômes propres à la maladie mentale qui est en jeu.

B) La tension psychologique et les autres psychonévroses

Au cours du XIX^e siècle la neurasthénie était devenue « le géant de la neuropathologie » englobant la plupart des états psychonévropathiques. Janet parle de la neurasthénie sans que nous ayons pu trouver la définition qu'il en donne. Nous pensons qu'il la conçoit de la même façon que le professeur

1. P. Janet, *Les obsessions et la psychasthénie*, t. I, p. 749.

Raymond (psychoses et psychonévroses) c'est-à-dire qu'il la réduit à un syndrome défini par la **tension nerveuse** et que l'on peut rencontrer dans des affections très diverses psycho-névrotiques (psychasthénie) ou organiques. Cliniquement ce syndrome consiste dans des troubles organiques (dysfonctionnement des divers organes) et dans des symptômes psychiques qui sont la faiblesse de l'attention, le « rétrécissement de la mémoire » lié à cette faiblesse, l'aboulie, l'émotivité, le sentiment d'insécurité.

En conclusion, la **neurasthénie** et la **psychasthénie** constituent deux ordres de phénomènes morbides qui sont distincts mais peuvent se superposer.

Dans l'*épilepsie* on note comme dans la psychasthénie un abaissement, une chute de la tension psychologique. « Dans l'épilepsie vraie, cette chute est énorme il y a suppression complète de la conscience, toutes les forces qui devaient être employées à produire cette conscience amènent la décharge, se dépensent en convulsions de tout le corps ; dans l'état psychasthénique la chute est bien moins grande, mais il y tout de même une chute de conscience qui détermine les sentiments bizarres des malades, leurs doutes et leurs angoisses » (1). Et l'auteur a pu dire que « sans voir dans cette proposition autre chose qu'une image destinée à montrer les rapports apparents de ces deux psycho-névroses il (lui) semble

que l'état psychasthénique est une épilepsie atténuée et chronique ».

L'*hystérie* serait aussi une expression de l'abaissement des forces psychologiques. Le fait qui domine l'hystérie c'est « le rétrécissement du champ de la conscience » autrement dit « la localisation sur certains points de la force subsistante ». Ainsi donc, dans la psychasthénie, il y a une baisse de la *tension* produisant « la diminution des fonctions supérieures ou fonctions du réel à peu près sur tous les points ». Dans l'hystérie il y a concentration de la *force* psychologique et par conséquent réduction géométrique de la conscience. La suggestion a pour effet de réveiller les tendances à basse tension, les tendances automatiques du champ extraconscient.

C) **Tension psychologique et psychoses**

Nous avons vu comment les notions de tension nerveuse, de tension et de forces psychologiques permettaient d'interpréter psychologiquement la psychasthénie et les autres psychonévroses.

Pour Janet ces mêmes notions ont une application générale en médecine mentale. Il ne cherche pas à justifier cette extension ni à préciser le domaine de sa théorie. Mais son intention ne laisse aucun doute. Il présente « un nombre assez considérable d'observations cliniques portant sur ces diverses psychonévroses (?) que l'on désigne sous les noms de neurasthénie, d'hystérie, de psychasténie, de *cyclothymie*,

de *démence précoce* » (1) et dit : « Si on laisse de côté des considérations anatomiques ou étiologiques qui sont encore fort peu connues, si on reste au point de vue de la description symptomatique et de l'analyse psychologique, *ces divers troubles peuvent être présentés comme des degrés divers, plus ou moins profonds de la dépression psychologique qui diminue la force ou la tension de l'activité mentale* (2). »

Enfin, dépassant le domaine des faits particuliers, il considère les médications psychologiques utilisées en psychiâtrie comme des modifications de cette force et de cette tension préalablement perturbées par les diverses psycho-névroses et psychoses.

1. P. Janet, *Médications psychologiques*, t. I, p. 5.

2. P. Janet, *Médications psychologiques*, t. I, p. 5.

QUATRIÈME PARTIE

BLONDEL ET LA CONSCIENCE MORBIDE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La théorie psycho-pathologique de la conscience morbide émane de deux mouvements psychologiques : « Le mouvement que dirigea Durkeim et le mouvement Bergsonien (1). »

Avec M. Durkeim on peut dire que : « La société ne crée pas l'homme elle ne le doue pas de raison. Mais sa raison virtuelle ne se résout en raison concrète qu'en fonction de la société dont il fait partie. De même pour la conscience tout entière : c'est la collectivité qui l'informe et la fait passer de la puissance à l'acte (2). »

Dans la pensée Bergsonienne : « La conscience claire ne nous livre la réalité psychologique qu'intimement modifiée en sa contexture par les nécessités pra-

1. Blondel, *la Conscience morbide* (*Journal de Psychologie*, févr. 1923, p. 129),

2. *Idem*, p. 130.

tiques, par l'intelligence, le langage, la société(1). »

« Pour des raisons bien différentes, dans des intentions bien diverses, tous deux avertissaient la psychologie de l'influence exercée sur le jeu de la conscience par la société et le langage, et de cette constatation la pressaient de tirer les conséquences (2). »

Subissant cette double influence Blondel étudie les aliénés et observe en particulier « des malades qui, sans aucun affaiblissement intellectuel proprement dit, avec ou sans délire manifeste, se signalent par l'anxiété dans laquelle les troubles se développent » (3).

De cette étude se dégage pour lui le sentiment que « derrière l'incohérence logique et verbale, il y avait une cohérence intérieure et intime qui, par un prodige inattendu, faisait éclater les cadres habituels de nôtre pensée, dès qu'elle s'essayait à s'exprimer » (4).

Et cette pensée morbide « s'avérait étrangère à la nôtre, puisqu'incapable d'utiliser pour se faire entendre d'elle-même et d'autrui le langage qui jusqu'alors, lui avait servi à cet effet ». L'auteur se trouve donc amené à étudier les rapports réciproques du langage et de la conscience à l'état normal et pathologique et « a rejointre par un détour inattendu l'effort sociologique et la pensée bergsonienne » (5).

1. Blondel, *idem*, p. 130.

2. *Idem*, p. 131.

3. 4. 5. *Id.*, p. 132, 133, 135.

CHAPITRE II

LA CONSCIENCE CLAIRE ET LA CONSCIENCE MORBIDE

« Le système d'idées, l'organisation logique inscrits dans le langage s'imposent du dehors à notre pensée. Il y introduit une clarté, une distinction, une généralité qui devancent en nous le fruit de l'expérience individuelle, à supposer que par ses seuls moyens elle soit capable d'un tel résultat. Et le langage n'épouse pas des formes naturelles et universelles de la pensée. De plus cette action du milieu où nous vivons ne se réduit pas à nous imposer notre langage. Elle règle également notre mimique et nos actions. La collectivité nous pourvoit d'un système d'expressions mimiques et d'actions toutes faites généralement valables pour les cas de même ordre, disons d'un système de concepts mimiques et moteurs, si l'on veut bien nous permettre une telle extension de la terminologie. »

D'autre part, « toute analyse psychologique est, en un sens, une analyse verbale qui, sous prétexte de la préciser, tend à faire pénétrer toujours plus avant dans l'intimité de notre pensée les abstractions

du langage » et comme le langage nous vient du dehors « il faut bien que pour s'épanouir au soleil de la conscience claire, notre pensée élimine en cours de route ce qui, proprement et irréductiblement, la fait nôtre ».

D'ou la définition : « La conscience normale s'apparaît à elle-même comme la conscience claire et la conscience claire est celle, où nous parlant à nous-même ou à autrui, le contenu de notre pensée, ce qui n'est pas susceptible d'être parlé suivant les cadres du langage et agi suivant les concepts moteurs ne trouve plus sa place et par conséquent s'élimine. »

Ainsi donc toute l'activité psychologique fruit de l'expérience interne ne pénètre pas dans la conscience parce que phénomène strictement individuel et irréductible au langage et elle se résout en la cénesthésie qui est « vécue plutôt que sentie comme une masse indistincte sous-jacente à la conscience claire et à ses démarches ».

Si du fait d'un processus pathologique quelconque cette sorte de « décantation » ne se produit pas « la conscience n'arrivera pas à se constituer sur le plan tracé par la collectivité ». « L'activité psychologique se manifeste bien en expressions verbales et motices ». Mais celles-ci « n'arrivent plus à recouvrir des réalités psychologiques devenues rebelles à cette transposition en termes anonymes.

En dernière analyse la *conscience morbide* sera faite des divers éléments suivants : une représen-

tation, le sentiment que cette représentation est inadéquate à la sensation, sensation par conséquent inexprimable, étrange, nouvelle ; effort d'adaptation de la représentation à la sensation qui va s'exprimer, par une activité délirante ; anxiété liée à l'insuccès permanent de cet effort. Pour nous mieux faire comprendre prenons un exemple et considérons le cas des idées d'étrangeté et de dépersonnalisation. Le malade continue à avoir comme autrefois conscience du monde extérieur mais celui-ci est perçu comme *sensation* anormale et sous l'influence de l'état d'*anxiété* ; ce changement est noté comme « une diminution, une dégradation, une déchéance ». Ainsi donc « les choses ont changé, il ne les voit plus comme avant, elles sont moins claires, moins nettes, moins brillantes, tout est confus : le monde est donc pour lui moins réel qu'autrefois. Son corps a changé, il ne le sent plus comme avant, il est moins souple, moins fort, moins sain, moins beau : il est donc pour lui moins réel qu'autrefois. Son esprit et son cœur ont changé ; il a perdu son intelligence, sa volonté, sa sensibilité morale : son esprit et son cœur sont donc pour lui moins réels qu'autrefois. Mais le changement ainsi interprété reste toujours aussi mystérieux et angoissant. Aussi, pour exprimer ce changement intraduisible le malade en vient-il à ne plus se contenter de donner le monde, son corps et son moi comme moins réels qu'auparavant, il affirme que le monde est anéanti, que lui-même n'a plus de corps, qu'il a

perdu toute sensibilité physique, qu'il est mort, qu'il est immortel, qu'il a perdu toute sensibilité morale, toute intelligence, toute activité mentale, qu'à proprement parler il n'existe plus... »

CINQUIÈME PARTIE

ALBERT DESCHAMPS. LES NÉVROSES LA FONCTION ÉNERGÉTIQUE ET LA FONCTION PSYCHIQUE

La théorie de Deschamps découle de la conception du symptôme dominateur que nous avons déjà mentionné plusieurs fois. Janet parle de symptômes dominateurs et Bleuler les dénomme symptômes primitifs. Le symptôme dominateur non seulement définit un ensemble de symptômes dits secondaires mais encore il serait l'expression la plus directe du processus pathologique dont ils dépendent. Autrement dit, le symptôme dominateur serait l'équivalent d'un trouble fonctionnel et à la notion du symptôme dominateur, correspond celle de fonction psychique.

Avec le symptôme dominateur, avec la fonction psychique apparaît une nouvelle doctrine pathologique et M. Deschamps dit : « L'âge héroïque des entités s'achève et nous assistons à la naissance des maladies syndromes, plus conformes à la réalité ». « Tout devient plus clair lorsqu'on substitue à la thèse des espèces autonomes juxtaposées la thèse

des espèces issues d'une fonction et imbriquées entre elles par le lien fonctionnel. »

Partant de ses interprétations cliniques, Deschamps admet l'existence de deux symptômes dominateurs capitaux, l'asthénie et la dépression mentale et il précise : « L'observation apprend que les faits asthéniques ont leurs conditions et leurs lois et que ces conditions et ces lois sont autres que celles qui régissent les faits psychopathologiques de dépression mentale. Ces faits se conditionnent, ils ne se confondent pas. »

A ces deux symptômes dominateurs, par conséquent distincts, correspondront deux fonctions essentielles.

La fonction énergétique biologique.

La fonction psychique.

La fonction énergétique est « l'ensemble des relations entre les systèmes fonctionnels de la vie cellulaire de l'organisme qui transforment, mettent en réserve, régularisent — le système nerveux et la voie humorale qui accumulent, transportent, distribuent — les énergies cosmiques qui fournissent les excitations extérieures nécessaires ».

La dysthémie sera causée par un « obstacle à l'équilibre des transformations, libérations, accumulations, conservations ou distributions du circulus énergétique » dont l'étiologie pourra être indifféremment « une infection, une intoxication... une lésion organique ou un trouble fonctionnel des appareils nerveux ; des troubles psychiques ; des troubles

des récepteurs sensitifs, sensoriels ou psychoréceptifs des excitants extérieurs ».

La dysthénie pourrait être indépendante d'un trouble du système nerveux et l'auteur dit. « Je crois bien que les asthénies aneurales sont aussi fréquentes, si non plus fréquentes que les asthénies neurales. »

« Comme le phénomène énergie, la pensée est le résultat d'un échange entre les multiples fonctions et appareils de l'organisme et les excitants, afin de permettre à l'organisme de répondre par des actions appropriées, qui portent le nom d'activités psychiques, aux nécessités de l'adaptation ». « Ces relations constituent une fonction, la *fonction psychique* qui est la plus récente des fonctions dans l'ordre des acquisitions humaines ; elle se compose d'activités physiques, psycho-physiques, psychiques qui vont du physique-corps au psychique-esprit en se métamorphosant et en se conditionnant sans cesse. »

Les symptômes asthénie, dépression mentale nous ont conduit à la notion de fonction énergétique et psychique et de leur indépendance. De même l'existence des divers symptômes psychiques et leur hiérarchie nous fait concevoir une échelle des activités psychiques qui constituent la fonction psychique. Nous pouvons donc les résumer « en allant des plus élevés dans la hiérarchie des valeurs psychiques aux moins élevées ; activités : logiques ; psychologiques proprement dites (sensation, jugement, perception, raisonnement, affectivité, etc.) ; psycho-physiques (receptivité et constructivité) ; phy-

sico-psychiques (attention, association, croyance, dynamogénie, inhibition...) ; physiques (instincts, appétits, tendances centupètes ou centrifuges, vie physiologique, vie humorale, etc.).

« Le symptôme particulier (dominateur) (anxiété, angoisse, mélancolie, cénestopathie, paralogisme, rétrécissement du champ de la conscience, mythomanie, cyclothymie...) révèle donc le désordre d'un appareil, d'un élément, d'une activité concourant au fonctionnement de l'esprit et conditionnant les activités supérieures. »

« Pour faire le diagnostic de la névrose et le classement du malade on doit rechercher le symptôme dominateur et ensuite l'activité, l'appareil ou l'organe dont il exprime le désordre. Diagnostic, pronostic et traitement sont conditionnés par la place qu'occupe le symptôme dominateur dans l'échelle fonctionnelle. Plus il est élevé au sens psychologique rationnel du mot, plus le symptôme est commun, banal et le pronostic favorable ; plus il est abaissé, plus le symptôme est particulier et le pronostic défavorable. »

CONCLUSIONS

1° La psycho-pathologie, en tant qu'elle se propose de nous donner la solution des problèmes pathologiques suppose l'existence de phénomènes psychologiques dominateurs, de processus psychiques, de fonctions psychiques.

2° Ce postulat sert de base aux diverses interprétations des faits que sont les théories psycho-pathologiques précédemment étudiées.

3° Le phénomène psychologique considéré comme dominateur révèle le processus psychique qui consiste soit en une activité psychologique anormale soit dans une perturbation fonctionnelle.

D'où trois groupes de théories.

Théories qui font appel à une activité de réception :
émotion, complexes de Freud, cœnesthésie (Blondel).

Théories intellectuelles.

Théories psychasthéniques :

Janet, les insuffisances psychologiques et la *tension psychologique*.

Bleuler, la suite des idées et la *friabilité des associations*.

Deschamps, les *activités psychiques et énergétiques*.

4° Le processus psychique engendre les troubles mentaux à la faveur des facteurs étiologiques qui se distinguent en deux groupes, le terrain, les causes occasionnelles.

Le terrain est défini soit biologiquement (lésions anatomiques chez les schizophréniques de Bleuler) soit psychologiquement (tendances particulières faisant varier l'influence de la tension psychologique) soit psycho-biologiquement (constitution sexuelle).

Les causes occasionnelles sont soit physiques, soit psychiques (maladies, choc émotif, trauma affectif).

5° Les bases communes de ces théories donnent lieu à une critique d'ensemble qui tire sa force de la multiplicité même de ces théories et de l'impossibilité de les vérifier expérimentalement.

6° La psycho-pathologie élabore le langage que la clinique utilise et celle-ci ne peut que bénéficier de son évolution.

7° Les théories biologiques s'opposent aux théories psychologiques ; mais en dernière analyse la psychiatrie comporte trois modes d'activités, *psychologique, clinique, biologique*, qui, loin de s'exclure réciproquement, sont dans un état d'indépendance.

Vu : le Président de la thèse,
CLAUDE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée. Psychiatrie* (Maloine, 1921).
- Bleuler*. — Démentia præcox. Handbuch der Psychiatrie (Frantz Deuticke).
- Blondel*. — La conscience morbide (Journal de Psychologie, 1923, n° 22).
- Chaslin*. — Eléments de Séméiologie et de Clinique mentale (Asselin et Houzeau, 1912).
- La Psycho-analyse (Revue de France, 1922, n° 24).
- Le Freudisme (Journal de Psychologie, juillet 1923).
- Deschamps (A.)*. — Les névroses. La fonction énergétique et la fonction psychique (Archives médicales du Centre, février, mars 1922).
- Freud*. — L'Introduction à la Psycho-analyse. Traduction française (Payot, 1922).
- Janet (P.)*. — Psychasthénie et Obsessions (Alcan).
- Les Médications psychologiques (Alcan, 1919).
- Minkowski*. — La Schizophrénie et la notion de maladie mentale. Sa conception dans l'œuvre de Bleuler (Encéphale, 1921).
- Nayrac (P.)*. — La Démence paranoïde (Vigot frères, 1923).
- Pinel*. — Traité médico-philosophique sur l'Aliénation mentale.
- Raymond (Pr)*. — Névroses et Psychoses.
- Régis et Hesnard*. — La Psycho-analyse des Névroses et des Psychoses (Alcan, 2^e édition).
- Rénon (Pr)*. — L'Esprit de la médecine française. Leçon inaugurale (Presse médicale, 1921, p. 341).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
I. — Considérations historiques.....	9
II. — La synthèse en psychiâtrie.....	19
III. — Domaine de cette étude.....	22
PREMIÈRE PARTIE	
Freudisme et pathologie mentale	
CHAPITRE PREMIER. — Considérations générales.....	25
CHAPITRE II. — Théorie du freudisme.....	27
CHAPITRE III. — Psycho-analyse.....	33
CHAPITRE IV. — Psycho-analyse et psychiâtrie.....	37
CHAPITRE V. — Pathologie générale psycho-analytique des troubles mentaux.....	39
CHAPITRE VI. — Etude des divers syndromes mentaux psy- cho-analytiques.....	48
I. — Névroses.....	48
A) Groupe des névroses actuelles.....	48
B) Groupe des névroses liées à un trouble de déve- loppement de la constitution sexuelle.....	54
C) Groupe des lésions à étiologie mixte comportant un élément étiologique organique.....	58
II. — Les psychoses.....	60
A) Démence précoce.....	65
B) Groupe de la paranoïa.....	67
C) La mélancolie.....	67
D) Autres psychoses.....	68
CHAPITRE VII. — Critique de la psycho-analyse et de la psy- chologie psycho-analytique.....	69
CONCLUSION.....	73

DEUXIÈME PARTIE

Bleuler et la schizophrénie

CHAPITRE PREMIER. — Définitions de la schizophrénie. Le fonctionnement de l'activité psychique.....	74
CHAPITRE II. — Psycho-pathologie des symptômes de la schizophrénie.....	77
La suite et la dissociation des idées.....	79

L'affectivité.....	81
Autisme.....	82
L'ambivalence.....	82
La mémoire et l'orientation.....	83
La démence schizophrénique.....	83
Les fausses interprétations de la réalité.....	84
Psycho-pathologie des fausses interprétations de la réalité.....	86
Les symptômes catatoniques.....	90
CHAPITRE III. — La théorie de la maladie.....	93
CHAPITRE IV. — Critique de la théorie.....	97

TROISIÈME PARTIE

M. Janet. La psychasthénie et la tension psychologique

CHAPITRE PREMIER. — Considérations générales.....	100
CHAPITRE II. — Quelques conceptions psychologiques gé- nérales de M. Janet.....	103
CHAPITRE III. — Essai de pathologie générale.....	107
CHAPITRE IV. — Essai de pathologie générale.....	109
I. — La suggestion ou utilisation de l'automatisme....	110
II. — Les économies psychologiques.....	112
III. — Les acquisitions psychologiques.....	114
CHAPITRE V. — La tension psychologique et les maladies mentales.....	120
I. — Névroses et psychonévroses.....	120
II. — Les psychonévroses.....	122
A) La psychasthénie.....	122
B) La tension psychologique et les autres psycho- névroses.....	126
C) Tension psychologique et psychoses.....	128

QUATRIÈME PARTIE

Blondel et la conscience morbide

CHAPITRE PREMIER. — Considérations générales.....	130
CHAPITRE II. — La conscience claire et la conscience mor- bide.....	132

CINQUIÈME PARTIE

Albert Deschamps. Les névroses, la fonction énergétique et la fonction psychique

CONCLUSIONS.....	141
BIBLIOGRAPHIE.....	143

